



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**AUTOCONCEITO, OBESIDADE E
REPRESENTAÇÕES DE ESTILOS DE VIDA
SAUDÁVEL EM PRÉ-ADOLESCENTES E
ADOLESCENTES**

ANA RITA ARRAIS RATO

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR FRANCISCO PEIXOTO

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA DE LOURDES MATA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Educacional

2014

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Francisco Peixoto, apresentada no ISPA - Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Educacional.

Agradecimentos

Não posso deixar de agradecer a todos aqueles que me apoiaram e encorajaram ao longo deste percurso trabalhoso, moroso e, aparentemente, difícil, que nunca deixaram de acreditar em mim e que sem eles, dificilmente seria possível.

Assim, em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais, irmã e namorado, que estiveram presentes em todos os momentos, transmitindo-me força e positivismo e que foram, sem dúvida, fundamentais para a conclusão desta etapa tão importante.

Agradeço ao Professor Francisco Peixoto, pelos conhecimentos que me transmitiu e por todo o apoio e disponibilidade que revelou, recebendo-me em diversos atendimentos e esclarecendo-me todas as dúvidas.

Quero agradecer à Professora Lourdes Mata por toda a ajuda e disponibilidade que sempre demonstrou, durante e fora das aulas de seminário, pelas informações que disponibilizou e por toda a força e motivação que transmitiu para que não desistisse.

Agradeço ao Agrupamento de Escolas Frei Gonçalo de Azevedo por me ter recebido e ter autorizado a minha recolha de dados. Não posso deixar de agradecer aos Directores de Turma que se demonstraram receptivos a colaborar com este projecto, disponibilizando-se a cederem-me as suas aulas. Quero agradecer, ainda, a todos os alunos que participaram neste projecto e que se mostraram disponíveis e interessados em cooperar.

Um grande obrigada a todos os que tornaram esta dissertação possível.

Resumo

O presente estudo tem uma amostra de 110 jovens a frequentarem o 2º e 3º ciclos de escolaridade, sendo a média de idades de 13.49. Esta investigação de carácter quantitativo-correlacional tem por base os pressupostos da crescente prevalência da obesidade a nível mundial, nomeadamente entre os mais jovens. Assim, o presente estudo pretende analisar os efeitos da obesidade sobre o autoconceito, auto-estima e representações de vida saudável dos pré-adolescentes e adolescentes, considerando, ainda, possíveis diferenças de género. O principal objectivo é contribuir para a compreensão das consequências desta doença de foro nutricional, especificamente, no que refere a auto-representações dos mais jovens e à forma como percebem um estilo de vida saudável, de forma a que futuramente sejam elaborados programas, não só interventivos, mas principalmente preventivos. Os instrumentos utilizados para a recolha dos dados foram a *Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes* de Martins e seus colaboradores (1995), a *Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes* de Peixoto e Almeida (1999; Peixoto, 2003) e o *Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável*, construído para avaliar as percepções de hábitos de saúde.

Os resultados alcançados através da presente investigação revelam diferenças significativas de género, no que refere à dimensão aparência física do autoconceito. Verifica-se a inexistência de diferenças relativamente ao autoconceito, nas dimensões comportamento e aceitação social, em função da idade, género e obesidade. No que respeita à auto-estima, constata-se que esta é comprometida por efeitos de género e de prevalência da doença de foro nutricional. Quanto às representações de estilo de vida saudável, conclui-se que existem diferenças ao nível da categoria nutrição, impostas por efeitos de género e idade e que, no que refere à categoria autocuidado, não são verificadas quaisquer diferenças.

Palavras-chave: Obesidade, Pré-Adolescência e Adolescência, Autoconceito, Auto-Estima, Representações de Estilo de Vida Saudável

Abstract

The present study has a sample of 110 young people to attend the 2nd and 3rd cycles of schooling, with an average age of 13.49. This quantitative investigation of correlational nature is based on the assumptions of the increasing prevalence of obesity worldwide, particularly among young people. Thus, this study aims to examine the effects of obesity on self-concept, self-esteem and healthy living representations of pre-adolescent and adolescent, also considering possible gender differences. The main objective is to contribute to the understanding of the consequences of nutritional disorders disease, specifically in regards to self-representation of younger and how perceive a healthy life, so that future programs are developed not only interventional, but mainly preventive. The instruments used for data collection were the *Self-Esteem and Self-Concept Scale for Children and Pre-Adolescents* from Martins and colleagues (1995), the *Self-Esteem and Self-Concept Scale for Adolescents* from Peixoto and Almeida (1999; Peixoto, 2003) and the *Questionnaire of Healthy Lifestyle Representations*, an instrument built to evaluate perceptions of health conducts.

The results achieved by this study reveal significant gender differences with regards the physical appearance dimension of self-concept. There are no significant differences with respect to self-concept, on the dimensions behavior and social acceptance, depending on age, gender and obesity. With regard to self-esteem, it is observed that this is compromised by the effects of gender and prevalence of nutritional disorders disease. As for healthy lifestyle representations, it is concluded that there are differences in the nutrition category, imposed by the effects of gender and age, and that in regard to self-care category, any differences are not checked.

Keywords: Obesity, Pre-Adolescence and Adolescence, Self-Concept, Self-Esteem, Healthy Lifestyle Representations

ÍNDICE

Agradecimentos.....	III
Resumo.....	IV
Abstract.....	V
Índice.....	VI
Lista de Tabelas.....	VIII
Lista de Figuras.....	IX
Índice de Anexos.....	X
Introdução.....	1
PARTE I – Enquadramento Teórico.....	3
1. Obesidade.....	4
1.1. Prevalência da obesidade.....	5
1.2. Etiologia e consequências.....	7
2. Autoconceito e Auto-Estima.....	9
2.1. Características Específicas do Autoconceito.....	13
3. Adolescência: Alterações cognitivo-desenvolvimentais.....	16
3.1. Início da Adolescência – 11 aos 13 anos.....	16
3.2. Média Adolescência – 14 aos 16 anos.....	18
4. Obesidade, Autoconceito e Auto-Estima e Adolescência.....	20
4.1. Efeitos de Idade sobre o Autoconceito e Auto-Estima.....	20
4.2. Efeitos de Género sobre o Autoconceito e Auto-Estima.....	23
4.3. Efeitos da Obesidade sobre o Autoconceito e Auto-Estima.....	25
5. Crenças, Concepções, Percepções ou Representações de Estilos de Vida	
Saudável.....	29
5.1. Autocuidado, Nutrição e Exercício Físico.....	31
5.2. Estudos sobre Representações de Estilos de Vida Saudável nos Adolescentes.....	33
PARTE II – Investigação Empírica.....	35
1. Problema.....	36
1.1. Formulação do Problema e Objectivos do Estudo.....	36
1.2. Hipóteses e Questões de Investigação.....	38
1.2.1. Diferenças nas várias dimensões do autoconceito e auto-estima global, em função da idade, género e grau de obesidade.....	38

1.2.2. Diferenças nas várias categorias das representações de estilos de vida saudável, em função da idade, género e grau de obesidade.....	41
1.3. Operacionalização das Variáveis.....	41
2. Método.....	42
2.1. Delineamento do Estudo.....	42
2.2. Participantes.....	43
2.3. Instrumentos.....	46
2.3.1. Descrição, Cotação e Interpretação dos Instrumentos.....	46
2.3.2. Análise das Propriedades Psicométricas.....	52
2.4. Procedimentos da Recolha.....	57
2.5. Procedimentos de Análise de Dados.....	58
3. Apresentação e Análise de Resultados.....	59
3.1. Associações nas várias dimensões do autoconceito, em função da idade e grau de obesidade.....	60
3.2. Associações nas várias dimensões do autoconceito, em função do género e grau de obesidade.....	61
3.3. Associações na auto-estima global, em função da idade e grau de obesidade.....	63
3.4. Associações na auto-estima global, em função do género e grau de obesidade.....	64
3.5. Associações nas várias categorias das representações de estilos de vida saudável, em função da idade e grau de obesidade.....	65
3.6. Associações nas várias categorias das representações de estilos de vida saudável, em função do género e grau de obesidade.....	66
4. Discussão de Resultados.....	67
5. Considerações Finais.....	76
6. Referências Bibliográficas.....	79

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos participantes por ano de escolaridade e respectivas percentagens.....	44
Tabela 2 – Distribuição dos participantes por idade e respectivas percentagens.....	44
Tabela 3 – Distribuição dos participantes em função do género e grupo etário, com as respectivas percentagens.....	45
Tabela 4 – Distribuição dos participantes em função do estado nutricional e grupo etário, com as respectivas percentagens.....	46
Tabela 5 – Itens correspondentes às sub-escalas da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes.....	48
Tabela 6 – Itens correspondentes às sub-escalas da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes.....	49
Tabela 7 – Itens correspondentes às categorias do Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável.....	50
Tabela 8 – Valores de alfa de Cronbach para cada sub-escala da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes.....	52
Tabela 9 – Valores de alfa de Cronbach para cada sub-escala da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes.....	53
Tabela 10 – Análise factorial com rotação <i>Varimax</i> para os itens do Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável.....	56
Tabela 11 – Valores de alfa de Cronbach para cada categoria do Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável.....	57
Tabela 12 – Médias e desvios-padrão nas dimensões do autoconceito, em função da idade e grau de obesidade.....	60
Tabela 13 – Médias e desvios-padrão nas dimensões do autoconceito, em função do género e grau de obesidade.....	62
Tabela 14 – Médias e desvios-padrão na sub-escala auto-estima global, em função da idade e grau de obesidade.....	63
Tabela 15 – Médias e desvios-padrão na sub-escala auto-estima global, em função do género e grau de obesidade.....	64
Tabela 16 – Médias e desvios-padrão nas categorias das representações de estilos de vida saudável, em função da idade e grau de obesidade.....	65
Tabela 17 – Médias e desvios-padrão nas categorias das representações de estilos de vida saudável, em função do género e grau de obesidade.....	66

Lista de Figuras

Figura 1 – Exemplo de item da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes.....	47
Figura 2 – Exemplo de item da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes.....	49
Figura 3 – Exemplo de item do Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável.....	51

Índice de Anexos

Anexo A – Pedido de Autorização aos Pais.....	87
Anexo B – Questionário Sócio-demográfico.....	88
Anexo C – Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes.....	89
Anexo D – Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes.....	93
Anexo E – Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável.....	95
Anexo F – Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde.....	97
Anexo G – Análise da Consistência Interna das Diferentes Sub-Escalas da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré- Adolescentes.....	99
Anexo H – Análise da Consistência Interna das Diferentes Sub-Escalas da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes.....	105
Anexo I – Análise Factorial do Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável.....	115
Anexo J – Análise da Consistência Interna da Categoria Exercício Físico do Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável.....	131
Anexo K – Análise da Consistência Interna das Categorias do Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável.....	132
Anexo L – Diferenças nas várias dimensões do autoconceito, em função da idade e grau de obesidade – MANOVA.....	134
Anexo M – Diferenças nas várias dimensões do autoconceito, em função do género e grau de obesidade – MANOVA.....	137
Anexo N – Diferenças na sub-escala auto-estima global, em função da idade e grau de obesidade – ANOVA.....	140
Anexo O – Diferenças na sub-escala auto-estima global, em função do género e grau de obesidade – ANOVA.....	142
Anexo P – Diferenças nas categorias das representações de estilos de vida saudável, em função da idade e grau de obesidade – MANOVA.....	144
Anexo Q – Diferenças nas categorias das representações de estilos de vida saudável, em função do género e grau de obesidade – MANOVA.....	147

Introdução

O presente estudo tem como principal objectivo espelhar a problemática da obesidade, a sua repercussão no autoconceito e auto-estima e saberes acerca de estilos de vida saudável na adolescência. A tomada de consciência de que o presente distúrbio alimentar é considerado, actualmente, um problema de saúde pública e tendo, a sua taxa, vindo a aumentar ao longo dos anos, levou este estudo a reflectir sobre esta preocupação nas classes mais jovens, procurando avaliar e comparar o autoconceito de pré-adolescentes e adolescentes com e sem obesidade (ou pré-obesidade) e as suas percepções quanto aos estilos de vida saudável.

Numa sociedade em crise, é frequente e real o consequente desajuste ao nível alimentar, considerando as dificuldades económicas daí advindas e as suas resultantes preocupações, as famílias, sobretudo com menores rendimentos, tendem a desconsiderar a alimentação como algo prioritário (ADEXO, 2013) o que leva a repercussões para as classes mais jovens que lhes vêm imposto um estilo de vida inadequado. As crianças e jovens fazem refeições módicas que, na sua maioria, são mais calóricas e lhes dão, por um lado, uma sensação de bem-estar e elevada satisfação e, por outro, contribuem para o aumento de distúrbios alimentares e consequentes complicações na mesma população.

Tal quadro ilustra a actual sociedade portuguesa que vive num clima de instabilidade no emprego e insegurança económica, consequentemente, muitas famílias vêm-se obrigadas a recorrer a um segundo emprego, por necessidade de colmatar as despesas. Com o aumento do número de horas de trabalho, diminui o tempo despendido para a confecção de alimentos, levando à aquisição de refeições já preparadas e, habitualmente, hipercalóricas, como já referido. Consequentemente, a crise proporcionou um aumento do consumo nas cadeias de “fast-food”, maioritariamente entre as classes mais jovens e facilmente influenciáveis, que são atractivas do ponto de vista económico, porém fracas ao nível da sua consistência nutritiva (ADEXO, 2013).

Acompanhando o problema exposto e precedendo possíveis intervenções para travar esta espiral, o actual projecto procurou relacionar o autoconceito com a obesidade infanto-juvenil, confrontando as percepções de crianças e jovens obesos e não obesos acerca do autoconceito e estilos de vida saudável, de forma a obter informações sobre o que é real para esta população e quais as distorções que existem. O aumento dos conhecimentos sobre os determinantes comportamentais e psicossociais que envolvem os adolescentes com diagnóstico de pré-obesidade/obesidade é importante para o estabelecimento de novas estratégias de prevenção e intervenção (Vaz, Silva, Rego & Viana, 2010). Estes trabalhos preventivos e interventivos podem passar pela consciencialização de hábitos alimentares saudáveis e pela reaprendizagem da

utilização dos alimentos nutritivos, que poderá passar por um modo de confecção mais apelativo alertando para o facto de que os produtos mais aconselháveis pelas boas práticas nutricionais, nem sempre são os mais dispendiosos (ADEXO, 2013).

Para o presente estudo, avaliou-se uma população escolar do distrito de Lisboa. Considerando a incidência do distúrbio de ordem alimentar e a faixa etária dos jovens (pré-adolescentes e adolescentes), avaliou-se as representações de estilos de vida saudável e o autoconceito e auto-estima, tendo, ainda, em consideração as diferenças entre géneros.

Na primeira parte deste trabalho, denominada de Enquadramento Teórico, começamos por abordar a etiologia e consequências da Obesidade bem como as suas prevalências no território português. Seguidamente é tratado o tema do Autoconceito e Auto-estima, em que se procurou analisar as diferenças entre os seus constructos, incidindo-se, posteriormente, no tema do autoconceito mais aprofundadamente. De seguida desenvolvemos o tema da Adolescência, no qual distinguimos os dois subestágios importantes para este estudo (início da adolescência e média adolescência). Após esta fase, procurámos estabelecer relações entre as várias temáticas através da exposição de alguns estudos encontrados na literatura. Por fim, abordaram-se as Representações ou Crenças de Vida Saudável, especificando as três categorias mais relevantes para o presente estudo (Autocuidado, Nutrição e Exercício Físico), terminando com alguns estudos presentes na literatura sobre a mesma temática.

Na segunda parte do trabalho entramos na Investigação Empírica, começando pela Problemática que engloba os objectivos e fundamentação do estudo, as hipóteses e as questões de investigação. Posteriormente entramos na Metodologia que abrange os procedimentos adoptados, os participantes deste estudo e os instrumentos utilizados. Seguidamente apresentamos e analisamos os Resultados obtidos, esclareceremos a Discussão de Resultados que inclui as conclusões a que estes resultados nos permitiram chegar e, por fim, faremos uma breve Consideração Final.

PARTE I – Enquadramento Teórico

1. Obesidade

A obesidade, segundo a Organização Mundial de Saúde ou World Health Organization (OMS/WHO, 2013), é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde, tanto mais que, uma vez instalada, tende a autopropetuar-se, constituindo-se como uma doença crónica. De acordo com a mesma organização, é a doença nutricional mais prevalente a nível mundial, sendo considerada a epidemia global do século XXI, prevendo-se que no ano de 2025, mais de 50% da população mundial será obesa.

A obesidade infantil é igualmente um grave problema de saúde pública, não só pela sua crescente predominância, mas também por conduzir a sérias complicações que contribuem para a diminuição da qualidade de vida e para o aumento da mortalidade. Segundo a International Obesity Task Force (IOTF, 2013) um organismo que aconselha a Organização Mundial de Saúde e a União Europeia em matéria de Nutrição, todos os anos mais de 400.000 crianças passam a sofrer de excesso de peso ou obesidade, ao nível da União Europeia, principalmente no Sul da Europa em que as crianças entre os sete e os onze anos apresentam níveis de pré-obesidade e obesidade muito superiores às do Norte do continente.

De acordo com a Associação dos Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal (ADEXO, 2013) para definir se existe ou não obesidade, deve medir-se o valor da massa gorda, que deve representar 10 a 15% do peso no homem, e 20 a 25% na mulher. Rego e Sassetti (2011) referem que existem vários índices que permitem a caracterização do estado de nutrição, no entanto, o mais usado é o Índice de Massa Corporal (IMC) de Quetelet. É um método fácil, não invasivo, barato e relativamente sensível, pelo que útil, para analisar o estado nutricional. O IMC varia consideravelmente com a idade aumentando o seu valor desde o nascimento até ao primeiro ano de idade, decrescendo até aos 6 anos, para de novo aumentar até cerca dos 21 anos de idade (Rego & Sassetti, 2011). De acordo com Rego e Sassetti (2011) em estudos epidemiológicos o IMC é um bom marcador para a caracterização do estado nutricional da população e na prática clínica diária pode ser considerado uma boa ferramenta de diagnóstico precoce de situações marginais de malnutrição, particularmente de pré-obesidade e obesidade. Assim, o IMC tornou-se uma referência internacional e deve ser preferido a outros. O IMC é calculado através da relação entre o peso (Kg) e a altura ao quadrado (m^2) e através deste exprime-se a corpulência (ADEXO, 2013; Rego & Sassetti, 2011). O interesse deste índice é que ele assenta sobre medidas simples (peso e altura), é aplicável qualquer que seja o grau de obesidade e fornece uma avaliação satisfatória do grau de obesidade.

A interpretação do valor de IMC de crianças obriga à sua localização relativamente a valores de referência, sendo que a forma mais directa e informativa de interpretar o resultado da

avaliação consiste na classificação do percentil. O percentil indica a posição relativa do valor de IMC do indivíduo relativamente a uma população do mesmo sexo e idade, utilizada como padrão e estratificada em percentis (Direcção Geral de Saúde, 2005; Rego & Sassetti, 2011). Em Portugal, as curvas de percentis adoptadas pela Direcção Geral de Saúde (DGS) e que constam do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) são as curvas do Center for Disease Control and Prevention dos EUA, nas quais nos fundamentámos, no presente estudo, para avaliar o estado nutricional da nossa amostra. Estas representam uma revisão das curvas do National Center for Health Statistics de 1977, baseando-se em dados de cinco inquéritos nacionais de saúde e nutrição de carácter epidemiológico desenvolvidos desde 1963 a 1994, em crianças e adolescentes americanos dos 2 aos 20 anos de idade (Rego & Sassetti, 2011).

Assim, classificou-se o estado nutricional baseado no canal de percentil do IMC: baixo peso (igual ou inferior ao percentil 5); peso normal (entre o percentil 5 e o percentil 85); pré-obesidade (igual ou superior ao percentil 85 e inferior ao percentil 95); e obesidade (igual ou superior ao percentil 95) (Rego & Sassetti, 2011; Direcção Geral de Saúde, 2005).

1.1. Prevalência da obesidade

Segundo a ADEXO (2013), o predomínio da obesidade no adulto é elevada em todos os países em que foi estudada e tem vindo a aumentar progressivamente em crianças e adultos. Globalmente, a IOTF (2013), estima que existem até 200 milhões de crianças em idade escolar com excesso de peso ou obesos, sendo que destes, entre 40 a 50 milhões, estão classificados como obesos. Portugal está entre os países europeus que apresentam valores mais elevados de obesidade (IOTF, 2013), sendo que alguns dados referem que a obesidade é uma doença que afecta seis em cada dez portugueses (ADEXO, 2013).

Num estudo com 8116 portugueses de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, em comparação com estudos anteriores, revelou um aumento da população obesa e com pré-obesidade de 4% em cinco anos, sendo que entre o ano 1995 e 1998 os participantes apresentaram uma prevalência de 49.6% de pré-obesidade/obesidade e entre o ano de 2003 e 2005, 53.6% dos participantes no estudo tinham excesso de peso ou obesidade (Carmo, Santos, Camolas, Vieira, Carreira, Medina, Reis, Myatt & Galvão-Teles, 2007). Num outro estudo com indivíduos de ambos os sexos com mais de 15 anos, 33% revelou um nível de pré-obesidade e 9% de obesidade (ADEXO, 2013).

No que refere à obesidade infantil, num estudo de Padez, Fernandes, Mourão, Moreira e Rosado (2004) 31.56% das crianças entre os sete e os nove anos apresentou excesso de peso, das quais 20.3% tinham pré-obesidade e 11.3% eram obesas.

Num estudo da prevalência da obesidade infantil e adolescente em Portugal Continental no contexto da plataforma contra a obesidade da Direcção Geral de Saúde (DGS, 2009) realizado com 4772 crianças (dos 2 aos 5 anos de idade) e adolescentes (dos 11 aos 15 anos de idade), concluiu que das crianças com pré-obesidade 30.8% eram raparigas e 27.4% eram rapazes, sendo que das crianças com obesidade 15.2% eram raparigas e 10.1% eram rapazes. Já no grupo dos adolescentes com pré-obesidade 27.8% eram raparigas e 28.6% eram rapazes e nos adolescentes com obesidade 9.4% eram raparigas e 13.4% eram rapazes. Ou seja, enquanto que em crianças existe uma prevalência de excesso de peso no género feminino, em adolescentes essa prevalência é atribuída ao género masculino.

O estudo desenvolvido pelo Observatório Nacional da Actividade Física e do Desporto (2011) em que foram avaliados 11 373 raparigas e 10 675 rapazes entre os 10 e os 18 anos de idade, revelou que 17.4% dos jovens portugueses apresentam pré-obesidade e 5.2% apresentam obesidade. Relativamente ao género, os rapazes revelam níveis de excesso de peso ou obesidade (23.5%) superiores às raparigas (21.6%), decrescendo estes valores em ambos os sexos, com a idade (Observatório Nacional da Actividade Física e do Desporto, 2011).

Num estudo mais recente de Penteado, Oliveira, Teixeira, Chaves e Costa (2012), realizado com 50 jovens entre os 13 e os 18 anos, em que 68% eram raparigas e 32% eram rapazes, concluiu-se, tal como no estudo anterior, que os rapazes apresentam maior IMC, relativamente às raparigas. De acordo com os autores, estes resultados estão relacionados com as pressões culturais que são mais intensas sobre as mulheres em relação à magreza, constituindo um pré-requisito para o sucesso e beleza.

De acordo com as conclusões retiradas pela Direcção Geral de Saúde (DGS, 2005) através do Programa Nacional de Combate à Obesidade (PNCO), no que concerne à prevalência de pré-obesidade e obesidade a nível regional, pode ser destacado o interior norte e centro do país como as regiões em que se verifica maior prevalência de excesso de peso, sendo a obesidade prevalente em Setúbal e no Alentejo. O mesmo programa concluiu ainda que a prevalência da obesidade é mais elevada nas classes sociais mais desfavorecidas (DGS, 2005).

Através do PNCO (DGS, 2005), concluiu-se que o grau de instrução dos pais, as actividades sedentárias e o grau de urbanização do local de residência, influenciam, igualmente, a prevalência de obesidade. Assim sendo, quanto menor o grau de instrução dos pais, quanto mais horas passadas a ver televisão, a jogar consolas ou computador e quanto mais urbana a área de residência, maior será a prevalência da obesidade infantil.

1.2. Etiologia e consequências

De acordo com o PNCO (DGS, 2005), o excesso de gordura característica da obesidade resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida. Os factores que determinam este desequilíbrio são complexos e incluem factores alimentares, sociais, ambientais, culturais e, ainda, de ordem genética. Este desequilíbrio tende a perpetuar-se, pelo que, como já referido, a obesidade é uma doença crónica.

Relativamente aos factores de ordem alimentar, confrontamo-nos com uma sociedade em crise económica que é aliciada para a compra de produtos de rápida confecção e baixo custo mas com elevadas calorias e extremamente prejudiciais para a saúde. De acordo com um estudo efectuado pela OMS/WHO (2013) verificou-se que entre os 11 e os 15 anos, mais de 1/3 dos jovens portugueses consomem refrigerantes todos os dias, 20 a 28% comem doces todos os dias e apenas 18 a 36% comem legumes diariamente. De acordo com alguns autores (Vaz, Silva, Rego & Viana, 2010) apesar de o acto de comer ser um processo biológico natural do ser humano, a cultura dita as premissas sobre como adultos e crianças se devem comportar e alimentar. As escolhas alimentares parecem ser influenciadas por factores biológicos, psicológicos, emocionais, económicos, sociais e culturais da família, pelo que podemos concluir que os factores de ordem alimentar estão intimamente ligados com os restantes factores que iremos igualmente analisar.

Os factores sociais são considerados os estilos de vida das famílias, pois a criança tende a adquirir os comportamentos vividos e proporcionados pelos pais. Os primeiros anos de vida são um período de rápido crescimento físico de desenvolvimento social e de aquisição de hábitos alimentares, definindo padrões de consumo futuros (Vaz et al., 2010). Assim, o consumo de alimentos no seio familiar é fundamental na aquisição de hábitos alimentares saudáveis, portanto as escolhas, preferências e consumo de alimentos pelas crianças parecem estar relacionadas com as preferências, crenças e atitudes alimentares dos pais e pelo ambiente sócio-afectivo em que as refeições são realizadas (Vaz et al., 2010).

Os factores de ordem ambiental e cultural prendem-se um pouco com os factores sociais e referem-se ao sedentarismo. Actualmente, a maioria das actividades de lazer das crianças não envolvem qualquer tipo de actividade física, pelo contrário, as crianças passam grande parte do seu tempo livre fechadas em casa a ver televisão, a utilizar o computador ou a jogar em consolas. Nesta linha de pensamento, vários investigadores relacionam a exposição televisiva em demasia com o desenvolvimento de um ambiente obesogénico, referindo três causas plausíveis para tal desenvolvimento: 1) a elevada exposição à televisão acompanhada de visionamento de *spots* publicitários sobre produtos alimentares; 2) a ingestão simultânea de *snacks* energéticos, *fast-food*

ou outros enquanto se vê televisão; 3) o maior sedentarismo com redução do ritmo metabólico até aos níveis próximos do sono e anulação do exercício físico (Vaz et al., 2010). Isto acontece não só devido aos hábitos igualmente sedentários dos pais, mas também por estes proporcionarem aos seus filhos um local fechado, alegando falta de segurança e o aumento da marginalidade e da criminalidade noutros espaços. Quanto ao grau de instrução dos pais estudos revelaram que quando este é mais elevado, está mais associado a um menor risco de obesidade nos filhos (ADEXO, 2013),

Por último, temos os factores de ordem genética, ou seja, a hereditariedade também influencia o balanço genético de cada pessoa, pois considera-se que os genes envolvidos no aumento de peso tornam o indivíduo mais susceptível para desenvolver obesidade, quando este é exposto a condições ambientais favorecedoras (DGS, 2005). Estudos revelam, então, que a obesidade é hereditária, filhos de pais obesos apresentam maior risco de se tornarem obesos (ADEXO, 2013). A obesidade tem, assim, tendência familiar, vendo-se, com frequência, crianças obesas filhas de pais obesos.

Quanto às suas consequências, de acordo com a ADEXO (2013) a obesidade pode ter consequências quer ao nível físico quer psicológico. Como consequências físicas temos a hipertensão arterial, aumento do colesterol, puberdade precoce, problemas cardiovasculares, respiratórios, ortopédicos e, ainda, diabetes tipo II, que até há pouco era exclusivo dos adultos, e que começa a deixar de ser assim tão invulgar entre crianças com obesidade.

A obesidade está também relacionada com algumas alterações psicológicas ou psiquiátricas como a depressão, ansiedade, baixa auto-estima, distorção da percepção da imagem corporal, entre outros (Vaz et al., 2010). A criança interioriza desde muito cedo que ter excesso de peso é indesejável, vendo o seu corpo como uma fonte de embaraço e vergonha, fazendo-a sentir-se inferior às outras crianças. (Vaz et al., 2010). Estudos realizados a crianças revelaram que a obesidade é vista como culpa da criança e resultado de fraqueza e preguiça, tudo isto acontece porque a sociedade contemporânea impõe a perfeição como o padrão que é aceitável e ter um corpo imperfeito é sinónimo de não ter força de vontade, ausência de restrições, ser-se preguiçoso e não saber autocontrolar-se. Deste modo, a sociedade tende a apontar o dedo aos indivíduos que não conseguem alcançar estes padrões de perfeição, provocando nestes um grande sofrimento, o que torna a obesidade muitas vezes, numa condição de estigmatização, exclusão social e discriminação (Vaz et al., 2010).

A obesidade provoca um ciclo que condiciona a criança obesa, pois ao apresentar vergonha do seu corpo e ao sentir que tem condições desiguais para competir com os seus pares, a criança obesa coloca-se à parte na participação de jogos ou actividades físicas, quer seja por

vontade própria ou quer seja pelo desencorajamento por parte dos pares, uma vez que este tipo de actividades requerem alguma flexibilidade, que a criança obesa normalmente não apresenta (Simões & Meneses, 2007). Como não participa, tem maiores probabilidades em ganhar peso, e assim sucessivamente. O facto de não participar, também reduz as hipóteses do jovem obeso interagir socialmente. Embora a obesidade não pareça ser uma doença do foro psiquiátrico, o ganho de peso, em muitos casos, acompanha alguns problemas que podem prejudicar o rendimento escolar assim como o relacionamento familiar e social (Vaz et al., 2010). De acordo com Vaz e seus colaboradores (2010), a obesidade pode comprometer o autoconceito, auto-estima e auto-imagem da criança, pois as pressões, reacções e atitudes da sociedade relativamente à imagem do indivíduo obeso, que já referimos, levam a declarações depreciativas deste sujeito em relação a si próprio, o que irá comprometer o seu autoconceito. Assim, o que pensamos sobre nós próprios reflecte, na grande maioria das vezes, a satisfação pela vida, sendo considerado um suporte importante para a saúde mental do indivíduo (Vaz et al., 2010). A imagem corporal é uma construção psicológica que se refere às avaliações dos indivíduos sobre a sua atractividade e aparência física e que, por sua vez, interfere na auto-imagem. Relativamente aos adolescentes, estes têm na sua mente um corpo idealizado, e quanto mais este se distanciar do corpo real, maior será a possibilidade de conflito e comprometimento da sua auto-estima (Vaz et al., 2010).

2. Autoconceito e Auto-Estima

O autoconceito e a auto-estima têm uma longa história dentro do campo da psicologia (Harter & Pike, 1984). De acordo com Harter (2012) inúmeros estudos acerca do autoconceito e auto-estima começaram a surgir na década de 1970 numa tentativa de estudar o *Me-self* (objecto de conhecimento, de avaliação de alguém) que foi introduzido por William James em 1890 (cit. por Harter, 2012).

A difícil distinção entre os constructos autoconceito e auto-estima prende-se, tal como sugeriu Peixoto (2003), com a elevada quantidade de trabalhos que foram desenvolvidos, até aos dias de hoje, relacionados com a representação de si próprio. Para demonstrar a sua abundância na literatura, Harter (2012) enumerou alguns exemplos de terminologias associadas ao prefixo *self* (representação de si próprio): autoconceito, auto-imagem, auto-estima, auto-valor, auto-avaliações, auto-apreciações, auto-percepções, auto-representações, auto-esquemas, auto-afectos e auto-eficácia são algumas dessas descrições. Na verdade, Leary e Tangney (2003 cit. por Harter, 2012) identificam uma variedade estonteante de 66 termos diferentes que fazem referência ao *self* e ao ego, a grande maioria dos quais surgem acompanhados por um hífen.

Assim, será possível encontrar diferentes definições entre os vários autores que se debruçaram sobre o estudo destes constructos. Vários autores (Faria & Fontaine, 1990; Serra, 1988; Vaz, Silva, Rego & Viana, 2010) partilham a ideia de que o autoconceito em termos gerais, é a percepção que os indivíduos tem de si próprios e o conceito que, devido a isso, formam de si. Em termos específicos o autoconceito é um conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimentos acerca das capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social próprias (Fontaine & Faria, 1990). Serra (1988) refere-se à auto-estima como um constituinte intrínseco do autoconceito que deriva dos processos de avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades, desempenhos ou virtudes, surgindo, por isso, como um facilitador na compreensão e explicação dos transtornos emocionais.

Para Emídio, Santos, Maia, Monteiro e Veríssimo (2008) o autoconceito é definido como a imagem que o indivíduo tem de si próprio e aquilo que acredita ser, tendo um carácter desenvolvimental, isto é, o autoconceito não é inato, começa a ser construído na infância, e tem em conta o impacto das opiniões dos outros.

Para os teóricos Vaz e seus colaboradores (2010), o autoconceito é uma estrutura central, composta por cognições, afectos, sentimentos, comportamentos e atitudes que o seu humano possui a respeito de si mesmo e em relação com os outros e com o meio em que vive. A estrutura é formada a partir de percepções, conjecturas e imaginações que o indivíduo idealiza a respeito da influência que a sua imagem exerce sobre os outros e, por sua vez, ao julgamento que estes possam fazer, adicionado a um sentimento de orgulho ou vergonha como resultado da interacção com a sociedade em que se vive (Cooley, 1902 cit. por Harter, 2012; Vaz et al., 2010).

Após um trabalho exaustivo de revisão bibliográfica acerca destes constructos, Peixoto (1996; 2003) concluiu que o autoconceito e a auto-estima são duas entidades psicológicas diferentes que reenviam para distintas dimensões do *self*. O autor refere-se ao autoconceito como um constructo hipotético mais centrado em domínios específicos de realização e em que o autoconceito global resulta das contribuições de todas as dimensões específicas consideradas, sendo uma componente avaliativa fundamentalmente cognitiva e contextualizada da auto-avaliação. A auto-estima, por sua vez, é um constructo fenomenológico que demonstra até que ponto o indivíduo está satisfeito com ele próprio na sua globalidade (avaliação global do *self*), enquanto objecto de avaliação, sendo uma componente mais afectiva e descontextualizada.

Peixoto (1996; 2003) distingue os constructos a partir da sua estrutura, defendendo que a auto-estima apresenta uma estrutura unidimensional, contrariamente ao autoconceito que é concebido como multidimensional, uma vez que o indivíduo desenvolve-se em diversos contextos e empenha-se em diferentes tarefas, elaborando cognições sobre os seus desempenhos

nessas situações, aspecto que iremos abordar posteriormente quando nos referirmos especificamente às características do autoconceito. Na mesma óptica, Harter e Pike (1984) consideram que o autoconceito deve ser considerado como uma entidade psicológica complexa e multidimensional que demonstra as percepções do sujeito quanto à sua (in) competência em diversos domínios, independentes uns dos outros.

Harter (cit. por Peixoto, 1996, 2003; Harter, 2012), menciona a existência de uma relação entre os constructos que pode ser fundada na diferença entre o autoconceito real e o autoconceito ideal, ou seja, pela discrepância entre a forma como o indivíduo se auto-percepção e o seu nível de aspiração nas dimensões que considera importantes. No entanto, nos trabalhos revistos por Peixoto (2003) sugerem que essa relação é mais importante para alguns indivíduos do que para outros, principalmente para aqueles que apresentam autoconceitos específicos mais baixos e/ou auto-estima negativa. Esta concepção implica que, de um ponto de vista cognitivo, o indivíduo consiga elaborar generalizações de ordem superior. Ou seja, as habilidades que emergem na média infância permitem ao indivíduo construir um conceito do auto-valor enquanto pessoa – uma avaliação de sua auto-estima global – anteriormente a esta fase, a criança não é capaz de verbalizar o seu valor enquanto pessoa, o que não quer dizer que não possua auto-estima (Harter, 2012; Peixoto, 2003). De acordo com a literatura, em crianças mais novas são visíveis caracterizações mais positivas em todas as dimensões avaliadas, com a progressiva capacidade para utilizar critérios objectivos de auto-avaliação e de realizar comparações, verifica-se que as crianças vão começando a aperceber-se de que são mais fortes em algumas das dimensões do autoconceito e mais fracas noutros domínios do mesmo (Peixoto, 2003).

É consensual entre os autores (Harter, 2012; Peixoto, 2003) a importância da aquisição da linguagem no desenvolvimento das representações de si mesmo. O surgimento da linguagem é o primeiro precursor da capacidade de exibir ou suprimir os verdadeiros auto-sentimentos (Harter, 2012) e esta capacidade, emergente no final do segundo ano de vida, parece depender dos contextos comunicativos em que a criança se envolve (Peixoto, 2003). Quer a linguagem, que permite a construção de auto-percepções e auto-avaliações, quer a auto-percepção de competência em si, por parte do indivíduo só são possíveis por meio de comparação e/ou interacção social (Harter, 2012; Peixoto, 1996, 2003), o que implica que a construção do autoconceito bem como da auto-estima, seja fortemente influenciada por factores de ordem social. Estas auto-avaliações baseiam-se sempre em comparações com um grupo de referência (Peixoto, 1996, 2003), que fornece as bases comparativas para a avaliação de desempenho, da qual resulta a auto-percepção individual. Ao mencionarmos grupo de referência, no caso das crianças, podemos falar em colegas de turma com os quais a criança estabelece comparações que

irão, por exemplo, reflectir-se no seu autoconceito académico (Peixoto, 1996; 2003). No entanto, a comparação social também introduz a possibilidade de que muitos dos que ficam aquém relativamente aos outros comparáveis, desenvolvam uma auto-percepção de incompetência e inadequação. A percepção que o sujeito tem de si próprio parece ter influência no seu comportamento e acção que, por sua vez, vão influenciar a forma como o sujeito se percebe. (Faria & Fontaine, 1990). Igualmente, os diferentes contextos de realização nos quais os indivíduos se inserem irão condicionar o processo de comparação social alterando os autoconceitos de indivíduos que à partida são igualmente capazes. Este acontecimento é explicado pela influência da pertença grupal sobre os valores e padrões de avaliação que o sujeito utiliza e que lhe permitem julgar o seu desempenho, que por sua vez são fruto de interacções com outros membros da sua cultura (Peixoto, 2003).

É importante referir que nem todas as interacções sociais assumem igual importância para o indivíduo, sendo as interacções com os “outros significativos” que maior influência exercem sobre a construção destes constructos (Faria & Fontaine, 1990; Harter, 2012; Peixoto, 1996, 2003). Os “outros significativos” podem ser entendidos como entidades relevantes para o próprio indivíduo, nos quais podemos incluir as figuras parentais, familiares mais próximos, professores e educadores e os pares importantes para o sujeito (Peixoto, 1996; 2003). Se, por um lado, estas auto-percepções proporcionadas pelas interacções com os outros significativos predizem a construção do autoconceito e auto-estima, por outro lado, Peixoto (1996; 2003) alude para o facto de que o próprio desempenho de crianças e adolescentes (nas áreas de maior competência) vai influenciar não só o próprio autoconceito como as representações que os outros significativos constróiem de si.

Cooley (1902 cit. por Harter, 2012) sugeriu que a construção do autoconceito ocorre através de um processo de interiorização do desenvolvimento pelo qual as avaliações reflectidas por outros específicos tornam-se incorporadas na forma de “*looking-glass self*” ou “espelho” que traduz a ideia de os outros servirem como referência aos indivíduos, quais espelhos, reflectindo o que pensam sobre eles. Este processo de internalização implica que o indivíduo em desenvolvimento se aproprie dos valores e opiniões dos outros significativos, acerca de si próprio, adoptando essas avaliações como os seus próprios julgamentos (Peixoto, 2003; Harter, 2012). Assim, os outros significativos entendidos como benevolentes, que fornecem prontamente cuidado, aprovação e apoio espelharão auto-avaliações positivas. No entanto, Harter (2012) refere que na procura da auto-imagem no espelho social, a criança pode muito bem observar através de um “vidro escuro”, isto é, os outros significativos com falta de capacidade de resposta,

cuidado, encorajamento e aprovação, bem como agentes cuidadores que rejeitam, punem ou negligenciam, farão com que as crianças desenvolvam imagens denegridas de si mesmas.

Como já tivemos oportunidade de referir, para além da interiorização das opiniões dos outros significativos, as crianças interiorizam as normas e os valores daqueles que são importantes para eles, incluindo os valores da sociedade em geral (Nelson, 2003 cit. por Harter, 2012; Peixoto, 2003). Ao longo do processo de desenvolvimento, essas elaborações culturais são transmitidas aos indivíduos, quer por interações sociais directas, no contacto directo com outros membros da mesma cultura, quer através de diferentes meios de comunicações (Peixoto, 2003). Por exemplo, se é importante atender a padrões sociais de aparência, então as percepções de atractividade física contribuirão fortemente para o sentimento global de auto-valorização. Aqueles que sentem que têm os auto-atributos físicos necessários irão sentir níveis relativamente altos de auto-estima. Por outro lado, aqueles que sentem que ficam aquém das normas sociais da aparência que representam o ideal cultural, irão sofrer de baixa auto-estima (Harter, 2012).

Nesta análise procurámos distinguir os constructos autoconceito e auto-estima, apontando a definição de ambos defendida por vários teóricos e as suas diferenças, bem como o seu análogo processo de construção. Baseando-nos na afirmação de Peixoto (2003) de que a total compreensão dos processos de construção do autoconceito e auto-estima só é possível através de um paradigma sócio-cognitivista, apostámos numa abordagem tanto aos factores cognitivos como sociais, considerando que, simultaneamente, ambos condicionam e promovem, o desenvolvimento das representações sobre si próprio. No decorrer do tempo, o autoconceito e auto-estima vão sofrendo transformações provocadas não só pelas interações com o meio ambiente que envolve a criança como também pelo próprio desenvolvimento.

2.1. Características Específicas do Autoconceito

Após uma apreciação dos constructos autoconceito e auto-estima, importa nesta fase analisar as características específicas do autoconceito ou sentido de *self* em si, uma vez que este se apresenta como um aspecto relevante no desenvolvimento do presente estudo.

De acordo com Serra (1988) e a literatura anteriormente clarificada (Harter, 2012; Peixoto, 1996, 2003), a construção do autoconceito sofre quatro tipos de influências primordiais relacionadas com factores sociais: a) o modo como as outras pessoas observam um indivíduo, acreditando-se que o sujeito desenvolve um fenómeno de espelho (*looking-glass self*) em que tende a observar-se da maneira como os outros o consideram; b) a noção que o indivíduo guarda do seu desempenho em situações específicas (se é competente ou incompetente); c) confronto da conduta do indivíduo com a dos pares sociais com quem se encontra identificado (outros

significativos); d) a avaliação de um comportamento específico em função de valores conduzidos por grupos normativos.

Após uma revisão de literatura, Shavelson, Hubner e Stanton (1976 cit. por Peixoto, 2003) identificam sete características consideradas críticas na definição do autoconceito, podendo este ser descrito como organizado e estruturado, multifacetado, hierárquico, estável, desenvolvimental, avaliativo e diferenciável. A partir deste modelo proposto e que é aceite por vários autores (Faria & Fontaine, 1990; Harter, 2012; Peixoto, 2003; Vaz, 1988) passaremos a esclarecer especificamente cada característica.

Relativamente à primeira característica, que pressupõe que o autoconceito é organizado e estruturado, parecendo consensual (Peixoto, 2003; Vaz, 1988) que existe uma tendência para que as pessoas categorizem o vasto conjunto de informação que possuem sobre si próprias e inter-relacionem estas categorias. Harter (2012) defende, igualmente, que o indivíduo constrói generalizações de ordem superior acerca de si mesmo na forma de etiquetas de características e que este atributo organizacional do autoconceito fornece expectativas, estruturas predictivas e orientações que permitem interpretar e dar sentido à experiência de vida, bem como, manter uma imagem coerente de si mesmo em relação ao seu mundo. Igualmente, Faria e Fontaine (1990) acreditam que o indivíduo organiza e estrutura as suas amplas vivências em categorias de síntese, mais simples, capazes de organizar e simplificar a experiência, dando-lhe sentido.

No que refere ao carácter multifacetado do autoconceito, Peixoto (2003) e Vaz (1988) mencionam que este é composto por diferentes dimensões com as diferentes facetas que reflectem o sistema de categorias adoptado por determinado indivíduo particular e/ou partilhado por um grupo. Isto é, as experiências do sujeito podem organizar-se em diferentes áreas mais abrangentes que representam facetas específicas do conceito de si próprio e são sintetizadoras de experiências comuns. Por sua vez, estas facetas podem diferir com os indivíduos ou grupos particulares, embora existam algumas áreas consensuais (Faria & Fontaine, 1990).

Quanto à organização hierárquica do autoconceito, esta supõe uma representação global do *self* que se divide em dimensões mais específicas. As conclusões alcançadas através de alguns estudos (Peixoto, 2003; Peixoto & Almeida, 2011), permitem afirmar a existência de um autoconceito de ordem superior designado de autoconceito global que se divide em autoconceito académico e não-académico. O autoconceito académico, por sua vez, é dividido em autoconceito académico matemático (divide-se em competência escolar, competência de matemática e comportamento) e autoconceito académico verbal (divide-se em competência escolar, competência de língua materna e comportamento). Por seu turno, o autoconceito não-académico é composto pelo autoconceito social (divide-se em comportamento, aceitação social e amizades

íntimas) e autoconceito de apresentação (divide-se em atracção romântica, competência atlética e aparência física). Conclui-se, portanto, que o autoconceito se processa de forma hierárquica, não significando que todos os indivíduos organizem as suas auto-percepções de forma idêntica.

Ao nível da estabilidade do constructo, Peixoto (2003) aceita o autoconceito geral como estável, mas quando se desce na hierarquia o autoconceito torna-se mais dependente da situação e como consequência menos estável. Na base da hierarquia o autoconceito varia em função das situações, embora as mudanças na base não provoquem de forma directa e imediata mudanças no autoconceito geral, para que tal ocorra é necessário um conjunto considerável de experiências dissonantes e inconsistentes com o autoconceito geral (Faria & Fontaine, 1990). Assim, a relativa estabilidade, permite ao indivíduo o sentimento de continuidade, ou seja, sentir que é a mesma pessoa apesar dos comportamentos aparentemente díspares que adopta em diferentes situações (Faria & Fontaine, 1990; Peixoto, 2003). Peixoto (2003) esclarece, ainda, que a estabilidade do autoconceito varia com a idade dos indivíduos verificando-se que à medida que esta aumenta o autoconceito vai-se tornando mais estável.

Relativamente ao carácter desenvolvimental do autoconceito verifica-se que enquanto os sujeitos crescem tornam-se mais capazes de abandonar as categorias indiferenciadas e gerais que usam para se descrever e avaliar, passando a usar categorias diferenciadas e específicas, centradas em diferentes domínios da sua experiência (Faria & Fontaine, 1990; Harter, 2012). Com o desenvolvimento do indivíduo da infância para a idade adulta, o autoconceito torna-se progressivamente diferenciado, multifacetado e estruturado (Faria & Fontaine, 1990; Peixoto, 2003).

No que refere à característica avaliativa do autoconceito, os autores (Faria & Fontaine, 1990; Peixoto, 2003) mencionam que o indivíduo não desenvolve apenas descrições de si próprio nas várias situações (componente descritiva), mas também desenvolve avaliações acerca de si próprio nessas situações (componente avaliativa). Estas avaliações podem ser feitas com base num “ideal” (aquilo que o indivíduo aspira tornar-se) ou com base em padrões considerados importantes no seu grupo de referência (Faria & Fontaine, 1990).

O autoconceito é diferenciável na medida em que é possível distingui-lo de outros constructos com os quais estabelece relações teóricas (Peixoto, 2003). Faria e Fontaine (1990) referem, a título de exemplo, que as dimensões do autoconceito, como o académico e não-académico, estabelecem relações com determinadas variáveis específicas, isto é, o autoconceito académico estará mais relacionado com a competência escolar do que com a realização nos domínios físico ou social.

Tendo por base a análise às características do autoconceito e aos estudos encontrados na literatura (Peixoto, 2003; Peixoto & Almeida, 2011) podemos concluir que o autoconceito é maioritariamente caracterizado pela sua estrutura multidimensional, com uma organização hierárquica e relativamente estável.

3. Adolescência: Alterações cognitivo-desenvolvimentais

Considerando que a amostra do nosso estudo são adolescentes, importa, nesta fase, analisar alguns aspectos importantes que ocorrem na adolescência. Embora não seja consensual a idade de início da adolescência, a OMS considera adolescentes o grupo da população que vai dos 10 aos 19 anos e jovens aqueles que se encontram entre os 15 e os 24 anos (cit. por DGS, 2006a).

Harter e o seu grupo de pesquisa (2012) distinguiram seis estágios de desenvolvimento: a primeira infância, do meio para o fim da infância, adolescência, anos de faculdade, a média idade adulta e idade adulta tardia, em que cada um dos estágios foi subdividido em subestágios. Importa para este estudo compreender a adolescência, nomeadamente os subestágios que a autora define de início da adolescência (11 aos 13 anos) e média adolescência (14 aos 16 anos), uma vez que são as faixas etárias correspondentes à amostra do nosso estudo.

Passemos, então, de seguida a esclarecer as alterações cognitivo-desenvolvimentais que ocorrem durante estes dois períodos específicos da adolescência.

3.1. Início da Adolescência – 11 aos 13 anos

O início da adolescência traz consigo a proliferação clara de si mesmo, que varia em função do contexto social, isto é, o adolescente pode, por exemplo, assumir determinado papel com pai, mãe, amigos, parceiros românticos e pares, bem como a si mesmo no papel de aluno, no trabalho e como atleta. Esta proliferação é influenciada quer por processos cognitivos, quer sociais (Harter, 2012). Nesta fase a consciência social aumenta drasticamente, levando a uma maior auto-consciência de como os próprios atributos são vistos através dos olhos dos outros. Para os adolescentes, os atributos interpessoais e habilidades sociais que influenciam o próprio apelo social são normalmente bastante importantes. (Harter, 2012). Igualmente, o adolescente, através do processo de diferenciação, compreende que é provável ser tratado de forma diferente por pessoas em diferentes contextos relacionais. De acordo com Harter (2012), o adolescente revela uma preocupação e incerteza sobre o que os outros pensam de si, o que contribui para uma introspecção intensa ou auto-reflexão que, para muitos adolescentes, leva a uma reflexão excessiva, principalmente sobre as suas características negativas.

Muitas das auto-descrições que surgem no início da adolescência representam abstrações de si mesmo, com base na recente capacidade cognitiva para integrar em etiquetas, autoconceitos de dimensões superiores (Harter, 2012). Embora as abstrações sejam estruturas cognitivas avançadas em termos desenvolvimentais, não são comportamentos observáveis e concretos sendo, portanto, mais suscetíveis a distorções. Por essa razão, o autoconceito do adolescente torna-se mais difícil de verificar e muitas vezes é menos realista (Harter, 2012).

Como já mencionamos, no início da adolescência começa a ocorrer a diferenciação de variados papéis de si mesmo, podendo, também, ser observada na tendência para relatar níveis diferentes de auto-estima através de contextos relacionais. Harter (2012) e o seu grupo de pesquisa examinaram a discrepância entre os níveis maiores e menores da auto-estima dos adolescentes, em que a grande maioria relatou que a sua auto-estima varia significativamente em função do contexto relacional.

O sentimento sobre si mesmo, por parte do adolescente, oscila de acordo com diferentes razões (Rosenberg, 1986 cit. por Harter, 2012): 1) Á crescente experiência de preocupação com o que os seus colegas pensam de si, pois se o adolescente tem em conta as apreciações dos outros, as suas auto-avaliações podem variar tão depressa quanto o pensamento e opinião dos outros; 2) As diferentes pessoas significativas têm opiniões diferentes de si, dependendo da situação ou momento no tempo; 3) A preocupação dos adolescentes com o que os outros pensam sobre si leva a esforços para gerir a impressão que quer passar, provocando variações através de diferentes contextos relacionais; 4) Diferenças de tratamento, por vezes em determinado contexto os adolescentes são tratados mais como adultos, enquanto que noutros momentos são tratados como mais infantis.

Nesta fase do desenvolvimento ocorrem, também, para a maioria dos jovens adolescentes, transições ao nível académico. Os jovens adolescentes estão numa etapa de transição entre ciclos que, simultaneamente, pode implicar mudança de escolas. Além de novos grupos de referência sociais, a natureza da comparação social assume novas dimensões. Harter (2012) refere que embora o uso de comparação social passe a ser maior, os jovens adolescentes passam de reconhecimentos mais evidentes, a reconhecimentos mais subtis, pois passa a existir uma consciencialização das consequências sociais negativas ao realizarem comparações explícitas, podendo ser acusados de estarem a vangloriar o seu superior desempenho. Os “novos” professores passam, também, a colocar muito mais ênfase nas comparações dos seus alunos o que nos leva a crer que as práticas educacionais adoptadas representam uma incompatibilidade com as necessidades do adolescente, uma vez que é uma fase em que os jovens adolescentes são dolorosamente conscientes de si, o sistema educativo aumenta a relevância da comparação social

em conjunto com a divulgação do desempenho de cada aluno (Harter, 2012). Assim, o aumento da preocupação com a percepção dos outros sobre si mesmo, juntamente com um foco sobre a discrepância entre o eu real e ideal, realçam o início da necessidade de protecção de si mesmo, fazendo uso do conceito "*benefectance*" (Greenwalds, 1989 cit. por Harter, 2012), uma estratégia de auto-protecção, em que os atributos centrais ou mais importantes de um são vistos como positivos, enquanto as características negativas são colocadas na “periferia” do *self*.

Durante o início da adolescência, o jovem adolescente ainda não está preocupado com o as auto-representações inconsistentes, porque ainda não é capaz de as avaliar simultaneamente, como contraditórias, o que tem a vantagem psicológica de poupar o adolescente a um conflito entre os seus atributos opostos (Harter, 2012).

De acordo Harter (2012), nesta fase de desenvolvimento, a maioria dos jovens adolescentes admitem que baseiam a sua auto-estima (termo que se torna mais proeminente nos seus vocabulários) na sua aparência percebida. Por outro lado, existe um grupo mais restrito de jovens adolescentes cuja auto-estima é dependente do cumprimento das normas sociais (estes jovens reportam percepções mais baixas nas suas comparações).

3.2.Média Adolescência – 14 aos 16 anos

Considerando que, na fase anterior, as abstrações individuais eram isoladas umas das outras, durante a média adolescência adquire-se a capacidade de fazer comparações entre abstrações simples, ou seja, entre os atributos dentro de papéis relacionados, bem como entre vários papéis. A esta nova estrutura é designada de “mapeamento abstracto” em que o adolescente pode agora "mapear" o que constrói sobre si e sobre o outro, ou seja, comparar directamente e a contrastar diferentes atributos (Fischer, 1980; Fischer & Bidell, 2006 cit. por Harter, 2012). Segundo Harter (2012), durante a adolescência, esses atributos opostos podem assumir a forma de abstrações aparentemente contraditórias sobre si mesmo. Assim, ao nível dos mapeamentos abstractos, a consciência destes opostos e da incapacidade de coordenar esses atributos aparentemente contraditórios leva a um conflito intrapsíquico, confusão e angústia. Além de tal confusão, a autora menciona que essas aparentes contradições levam a auto-representações muito instáveis, no entanto, a partir de uma perspectiva normativa-desenvolvimental, o adolescente, a este nível, ainda não está equipado com as habilidades cognitivas para conseguir resolver totalmente este dilema (Harter, 2012).

Harter (2012) e o seu grupo de investigação, através dos seus estudos constataram que entre o início da adolescência e a média adolescência ocorre um aumento relevante na detecção da oposição dos auto-atributos, bem como um reconhecimento de que essas aparentes

contradições levam a um conflito dentro do próprio sistema. Os mesmos investigadores concluíram, também, que os adolescentes podem identificar dois tipos de atributos opostos: 1) aqueles que ocorrem dentro de uma determinada função; 2) e aqueles que ocorrem em todos os contextos relacionais. Estes atributos opostos através de contextos relacionais tornam-se mais salientes na média adolescência, quando os adolescentes desenvolvem a capacidade cognitiva para detectar aparentes contradições. Ainda através dos seus estudos, Harter (2012) também concluiu que no género feminino detecta atributos significativamente mais contraditórios relativamente ao género masculino. De acordo com a autora, os teóricos que defendem esta ideia postulam que a socialização das meninas está muito mais enraizada no seio da família, bem como uma maior preocupação com a conexão com os outros. Os meninos, pelo contrário, traçam um caminho de maior independência e autonomia em que a lógica das decisões morais e sociais prevalece sobre as respostas afectivas dos outros significativos.

Os adolescentes durante este período tornam-se extremamente preocupado com as opiniões e expectativas de outras pessoas significativas em papéis diferentes, sendo a principal fonte de auto-estima global. Harter (2012) esclarece-nos que ao existir uma proliferação de papéis, estes levam a que diferentes pessoas que são importantes para o adolescente apresentem opiniões que são potencialmente contraditórias, o que leva à confusão e angústia do jovem sobre quais as características a adoptar. Segundo a autora, a auto-estima relacional (que é a exibição de diferentes níveis em funções específicas da auto-estima através de contextos relacionais) é exacerbada durante este período, na medida em que os outros significativos oferecem diferentes níveis de validação do adolescente enquanto pessoa, através dos diferentes papéis do mesmo. Como nos refere Harter (2012) entre o início e a média adolescência, observa-se um declínio da auto-estima global que se deve ao aumento da capacidade de introspecção dada aos próprios atributos negativos. De acordo com a autora, quanto mais as aspirações e os ideais ultrapassam a percepção das próprias capacidades actuais e reais em diferentes domínios, menor será a auto-estima. A mesma autora refere, ainda, que nesta fase, a aparência física vai aumentando em termos de importância, contudo a maioria dos adolescentes não pode cumprir as normas impostas pela sociedade, consequentemente, as aspirações superam a aparência percebida, contribuindo para uma baixa auto-estima, neste período.

Nesta etapa do desenvolvimento, assiste-se à crescente necessidade de se individualizar dos pais que traz consigo uma meta relacionada, que é a criação de uma identidade que irá servir para a transição iminente para a vida adulta. O desafio deste processo é manter-se conectado e, ao mesmo tempo criar uma identidade independente dos pais. Outra parte do distanciamento dos

pais inclui um certo grau de sigilo, no qual o adolescente já não partilha certas experiências, particularmente aquelas que sente não vão ao encontro da aprovação dos pais (Harter, 2012).

Harter (2012) esclarece, também, que os jovens da média adolescência empregam estratégias de auto-protecção, utilizando, igualmente, estratégias de "*benefectance*", tal como no início da adolescência. Além disso, ocorrem processos de egocentrismo na média adolescência que podem igualmente servir como estratégias de auto-protecção, são estes a fábula pessoal e o público imaginário (Elkind, 1967 cit. por Harter, 2012). No caso da fábula pessoal, esta envolve um sentimento de invulnerabilidade, onnipotência e singularidade pessoal que pode ajudar os adolescentes, nesta fase, a envolverem-se numa estratégia de "falsa-singularidade", onde a percepção de ser especial pode servir como função de auto-protecção e auto-melhoria. Quanto ao público imaginário, este reflecte a hipótese criada pelo adolescente de que os outros, particularmente os pares, são tão preocupados consigo próprios quanto ele mesmo e que, por isso, estão constantemente a submetê-lo a exame e avaliação crítica. Porém, este processo pode proporcionar a auto-protecção e uma assistência de auto-melhoria, apenas se tal "audiência" incluir admiração e não apenas a crítica. Estes processos de egocentrismo só serão auto-protectores se não forem empregues em excesso, isto é, a sua moderação pode ajudar a reforçar e proteger-se a si mesmo, no entanto, se o adolescente se desviar para além deste nível óptimo, em visões excessivamente grandiosas que são claramente irrealistas, então podem ocorrer consequências sociais negativas. Por outro lado, se a auto-percepção for excessivamente negativa pode comprometer o sentimento de confiança e levar a sintomas depressivos (Harter, 2012).

4. Obesidade, Autoconceito e Auto-Estima e Adolescência

Nesta parte do trabalho iremos realizar uma sinopse de alguns estudos existentes na literatura que interligam as temáticas anteriormente abordadas. Começamos por nos referir aos efeitos de idade sobre o autoconceito e auto-estima, posteriormente aos efeitos de género sobre o autoconceito e auto-estima e, por fim, aos efeitos da obesidade sobre o autoconceito e auto-estima onde serão, também, abordadas as diferenças entre géneros e idade, procurando inserir-nos sempre na fase da pré-adolescência e adolescência.

4.1. Efeitos de Idade sobre o Autoconceito e Auto-Estima

Como já tivemos oportunidade de abordar, gradualmente, a criança adquire certas habilidades que a permitem valorizar-se enquanto pessoa e a conhecer as suas (in) competências nas diferentes dimensões, começando a diferenciá-las. Na adolescência ela já será capaz de

coordenar auto-atributos aparentemente contraditórios em abstrações sobre si mesma, existindo, igualmente, uma progressiva capacidade para realizar comparações e auto-avaliações cada vez mais realistas que provocam um ajustamento do autoconceito relativamente à fase final da infância (Faria & Azevedo, 2004; Harter, 2012). Com o avanço da idade vão, igualmente, aumentando as múltiplas dimensões do autoconceito a avaliar (Faria, 2005). Assim, o pressuposto de progressiva diferenciação das várias dimensões é espelhado nos instrumentos de avaliação que possuem diferentes versões correspondentes a diferentes faixas etárias e que são compostas por um maior número de dimensões a avaliar à medida que a idade aumenta. Como tal, procurámos nesta fase expôr algumas investigações, em que foram utilizadas diferentes escalas, desenvolvidas nos últimos anos que procuraram analisar o autoconceito e auto-estima.

No estudo de Harter e Pike (1984) realizado com 90 crianças em idade pré-escolar e nos primeiros anos de escolaridade, utilizando e testando *The Pictorial Scale* concluiu-se que, em conformidade com o que é referido na literatura, não houve uma diferenciação por parte das crianças nas diferentes dimensões do autoconceito.

Referindo-nos especificamente à adolescência, Peixoto (2003) recorrendo à adaptação portuguesa da escala *Self-Perception Profile for Adolescents* (SPPA) de Harter (Peixoto & Almeida, 1999), estudou as relações entre auto-estima, autoconceito, rendimento académico e dinâmicas relacionais, numa população de 955 estudantes a frequentarem o 7º, 9º e 11º anos de escolaridade e apresentavam uma média de idades de 14 anos. Os resultados referentes ao efeito da idade sobre o autoconceito demonstraram que na dimensão de ordem superior autoconceito académico surgem diferenças introduzidas pelo ano de escolaridade, nas percepções de competência a português e matemática, mas com sentidos inversos. A percepção de competência em língua materna diminui do 7º para o 9º ano e aumentou para o 11º ano, ao que o autor refere poder estar associado a comparações intra-individuais de desempenho em diferentes áreas das representações de si próprio. Por outro lado, a percepção de competência em matemática aumentou do 7º para o 9º ano e diminuiu para o 11º ano, o autor relaciona estes resultados com a proximidade do acesso à Universidade e à existência de uma maior pressão para o sucesso. Foram, igualmente, encontradas diferenças na dimensão de ordem superior autoconceito de apresentação entre a aparência física e a atracção romântica. A auto-percepção na dimensão aparência física diminui do 7º para o 9º ano, que é justificada, segundo o autor que se baseou em Harter, pela multiplicidade de auto-representações que, por sua vez, podem originar contradições entre os diferentes atributos, provocando confusão e conflitos intra-individuais, levando a uma grande instabilidade nas auto-representações sobre si próprio. Para além de que com o avançar na idade, a atractividade percebida vai aumentando em termos de importância (Harter, 2012) o que

leva a que os indivíduos sejam, cada vez mais, rigorosos nas suas auto-críticas ao longo do seu desenvolvimento. Relativamente à auto-percepção na dimensão atracção romântica verificou-se que esta aumenta à medida que a idade avança, ao que o autor relaciona com o estabelecimento das primeiras relações amorosas, o que faz com que aumente um sentimento de capacidade para estabelecer este tipo de relações. Relativamente à dimensão comportamento, os alunos do 11º ano auto-percepcionam-se como melhor comportados que estará, provavelmente, associado a uma maior maturidade por parte dos adolescentes.

Num estudo realizado ao nível do 12º ano de escolaridade (Faria & Azevedo, 2004) que contou com uma população de 649 alunos e onde foi utilizada a adaptação portuguesa do *Self-Description Questionnaire* (SDQIII) de Marsh, foram obtidos resultados que indicam que os alunos mais novos apresentam um autoconceito elevado na dimensão de ordem superior autoconceito académico e nas três dimensões da mesma (autoconceito de matemática, autoconceito verbal e autoconceito de assuntos escolares/académicos em geral). Estes resultados vão ao encontro do que é defendido pela literatura, ao longo do desenvolvimento do ser humano, vai havendo uma progressiva diferenciação das dimensões do autoconceito que implica auto-avaliações cada vez mais realistas que provocam um reajustamento do autoconceito, traduzindo-se numa diminuição dos níveis de autoconceito (Faria & Azevedo, 2004; Harter, 2012; Peixoto, 2003).

Veiga (2006) ao proceder à adaptação portuguesa da nova versão do *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* (PHSCS), analisou uma população de 830 adolescentes a frequentarem o 7º, 9º e 11º anos de escolaridade, com idades compreendidas entre os 11 e os 21 anos. Os resultados apontaram para a existência de uma correlação significativa entre o ano de escolaridade e as dimensões aspecto comportamental, estatuto intelectual e académico e ansiedade. Enquanto que as duas últimas dimensões têm tendência a diminuir ao longo do percurso académico, o aspecto comportamental parece aumentar, como foi verificado no estudo de Peixoto (2003).

Por sua vez, Martins, Nunes e Noronha (2008), aplicaram a Escala de Autoconceito Infante-Juvenil (EAC-IJ) a 50 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos e ao compararem o efeito da idade sobre o autoconceito, não encontraram diferenças estatisticamente significativas em nenhum factor da escala de autoconceito relativamente às diferentes idades.

Podemos perceber que a maioria dos resultados inerentes aos estudos abordados vão ao encontro do que é descrito pela literatura. Existe uma gradual diferenciação das dimensões do autoconceito, pelo que os adolescentes se vão tornando cada vez mais realistas nas suas auto-avaliações, podendo estas reflectirem-se negativamente nas suas auto-percepções em algumas dimensões, no entanto, as avaliações globais, como sejam o autoconceito global ou a auto-estima,

parecem manter alguma estabilidade no decurso da adolescência (Faria & Azevedo, 2004; Harter, 2012; Peixoto, 2003). Vimos, ainda, que a proximidade à entrada no Ensino Superior pode levar a uma maior pressão para o sucesso, revelando-se nas auto-representações académicas (Peixoto, 2003). Ao longo do percurso de desenvolvimento é igualmente possível afirmar a crescente importância da aparência física, da atracção romântica e comportamento. Ao passo que o autoconceito de aparência física tende a diminuir com a idade, o autoconceito de atracção romântica e comportamento parecem aumentar com o decorrer dos anos.

4.2. Efeitos de Género sobre o Autoconceito e Auto-Estima

De acordo com Peixoto (2003), grande parte dos trabalhos sobre o autoconceito global ou a auto-estima, têm evidenciado a existência de diferenças em dimensões específicas do autoconceito, sendo que a maior parte das diferenças encontradas são, normalmente, interpretadas à luz dos estereótipos sexuais, os quais estariam na origem e condicionariam os autoconceitos individuais. Iremos, de seguida, perceber o que ocorre nos resultados dos estudos por nós encontrados.

Silva (2009), realizou um estudo com 58 crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos de idade, para o qual utilizou a Escala do Autoconceito “*Como é que eu sou*” para Crianças e Pré-adolescentes adaptada por Costa. Os seus resultados permitiram-lhe concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na sub-escala competência atlética, em que o sexo masculino apresenta um maior autoconceito relativamente ao sexo feminino, no entanto não foram encontradas mais diferenças em relação ao género. Estes resultados parecem ir ao encontro do que é descrito na literatura, em que há uma tendência para que os rapazes apresentem autoconceitos mais elevados nas áreas relacionadas com o desporto e as áreas científicas, enquanto as raparigas revelam auto-representações mais positivas nas áreas relacionadas com as letras e com o comportamento (Peixoto, 2003). Igualmente, parece existir uma maior predisposição física e psicológica do sexo masculino para as atividades relacionadas com força e resistência, conforme as crenças sociais de que eles são mais aptos para atividades físicas e desportivas vigorosas (Faria & Azevedo, 2004).

No estudo de Martins e seus colaboradores (2008) já referido anteriormente, em que 74% da amostra eram raparigas e 26% eram rapazes, os resultados obtidos apenas apontaram para diferenças significativas entre o autoconceito pessoal e o género, em que os rapazes obtiveram médias mais elevadas.

Na investigação de Faria e Azevedo (2004), igualmente abordado no tópico dos efeitos de idade, a amostra contou com 649 alunos, sendo que 60.4% eram do género feminino e 39.6% do

género masculino. Os resultados indicaram que o autoconceito académico favoreceu as raparigas, ao passo que o autoconceito não-académico favoreceu os rapazes, o que as autoras justificaram como podendo constituir um reflexo do modo como socialmente as raparigas são vistas, isto é, como mais empenhadas nas tarefas escolares. Os rapazes apresentaram um autoconceito mais elevado na competência física, que vai ao encontro dos resultados obtidos por Silva (2009), e na aparência física que está em concordância com a literatura, em que a atractividade percebida vai aumentando com a idade, em termos de importância (Harter, 2012), o que conduz a auto-críticas mais rigorosas por parte dos adolescentes. Para além de que existe uma especial pressão social sobre as raparigas no que respeita a normas de atractividade ou estereótipos de beleza (Harter, 2012; Peixoto, 2003; Penteado et al., 2012), que se traduz num baixo autoconceito nesta dimensão. Os resultados indicaram, ainda, que existem diferenças significativas entre o género e a auto-estima global, tendo os rapazes apresentado valores mais elevados relativamente às raparigas. A baixa auto-estima global pode ser associada ao facto de não se poder atender a todas as expectativas em cada contexto relacional, o que pode levar o indivíduo a vivenciar uma menor aprovação e, conseqüentemente, à apresentação de uma baixa auto-estima global (Harter, 2012).

Segundo o estudo de Veiga (2006), que analisou uma amostra de 830 jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 21 anos, os dados obtidos apontam para que ao nível global, o sexo masculino apresentem maior autoconceito (resultados da escala total). No sexo feminino, observou-se um autoconceito inferior na dimensão aparência física, igualmente ao que constatarem Faria e Azevedo (2004) no seu estudo.

No que refere ao estudo de Peixoto (2003), já mencionado na temática anterior, a amostra contou com 456 rapazes e 497 raparigas, sendo que os resultados apontaram para efeitos de género sobre todas as dimensões de ordem superior do autoconceito. Relativamente ao autoconceito social em termos globais, as raparigas apresentam valores mais elevados, bem como nas dimensões específicas comportamento e amizades íntimas. No que respeita às duas dimensões específicas, o autor refere que poderá traduzir uma maior direcionalidade para o relacionamento interpessoal por parte das raparigas, o que vai ao encontro do que é descrito por Harter (2012). Por sua vez, os rapazes apresentam um autoconceito de apresentação mais elevado, bem como na dimensão específica competência atlética o que, de acordo com o autor, remete para estereótipos sexuais. Igualmente, na dimensão aparência física os rapazes apresentam níveis superiores relativamente às raparigas, o que vai ao encontro do estudo anteriormente analisado (Veiga, 2006), em que este resultado poderá traduzir o peso crescente dos estereótipos de beleza (Peixoto, 2003). Outros resultados obtidos apontam para efeitos de género sobre a percepção de competência em matemática e a percepção de competência em língua materna, em

que, na primeira, os rapazes auto-percepcionaram-se como mais competentes e, na segunda, foram as raparigas que apresentaram autoconceitos mais elevados, o que vai ao encontro do já referido pelo mesmo autor, em que há uma tendência para que os rapazes apresentem autoconceitos mais elevados nas áreas relacionadas com as áreas científicas, enquanto as raparigas revelam auto-representações mais positivas nas áreas relacionadas com as letras. Igualmente neste estudo os rapazes apresentaram valores de auto-estima ligeiramente superiores aos das raparigas.

Por último, num estudo de Magalhães, Neves e Santos (2003) foi aplicada a Escala de Autoconceito de Competência de Rätty e Snellman, adaptada ao contexto português por Faria, Lima Santos e Bessa, a uma amostra de 403 sujeitos com idades compreendidas entre os 14 e os 28 anos, sendo que 58.6% eram do género feminino e 41.4% do género masculino. Os resultados indicaram que as raparigas apresentam um autoconceito de competência mais favorável nas sub-escalas motivação para aprender e cooperação social, enquanto que os rapazes apresentam valores mais elevados no pensamento divergente (referente à dimensão criativa).

Podemos concluir da análise a estes diferentes estudos que os rapazes apresentam valores mais elevados na dimensão de ordem superior do autoconceito não académico e mais especificamente no autoconceito de apresentação, nomeadamente nas dimensões competência atlética e aparência física e apresentam, maioritariamente, uma auto-estima global mais elevada. No caso das raparigas, estas apresentam um autoconceito mais elevado nas dimensões de ordem superior do autoconceito académico e social, designadamente nas dimensões comportamento, competência em língua materna e amizades íntimas.

4.3. Efeitos da Obesidade Sobre o Autoconceito e Auto-Estima

No presente tópico, pretendemos analisar o efeito da obesidade sobre o autoconceito e auto-estima, procurando-nos focar na população de pré-adolescentes e adolescentes. Aqui poderão ser avaliados, para além das diferenças entre pré-obesos/obesos e não obesos, igualmente os efeitos de idade e género, caso se considere pertinente analisar.

Assim, surge-nos um primeiro estudo de Simões e Meneses (2007) que procurou comparar o autoconceito em 100 crianças, sendo 45 obesas, com uma média de idades de 10 anos, através do *Self-Perception Profile for Children* (SPPC) de Susan Harter, adaptado à população portuguesa por Martins, Peixoto, Mata e Monteiro. Os resultados obtidos permitiram concluir que as crianças não obesas apresentaram níveis médios significativamente mais elevados nas dimensões competência atlética e aparência física, relativamente às crianças obesas. Em relação à competência atlética, os autores referem que a maioria das actividades requerem alguma flexibilidade e uma vez que a criança obesa não é dotada desta característica, é colocada à parte

em jogos ou actividades físicas o que, conseqüentemente, fará com que ela se sinta menos competente em actividades mais corporais. No que refere à aparência física, os resultados podem ser associados a estereótipos sociais de magreza que tendem a estigmatizar, excluir e discriminar a criança obesa, fazendo-a sentir-se inferior aos seus pares (Simões & Meneses, 2007; Vaz et al., 2010). Por outro lado, os resultados indicaram que as crianças obesas apresentaram valores mais elevados na dimensão comportamento, que os autores associaram ao facto de a criança obesa poder criar mecanismos cognitivos compensatórios, ou seja, esforçar-se mais relativamente a certos domínios, melhorando a sua percepção de competência neles, de forma a equilibrar outros domínios em que a sua percepção é mais negativa. Relativamente às restantes sub.escalas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, no entanto foram obtidos valores médios mais elevados pelas crianças obesas nas dimensões competência escolar e aceitação social e pelas crianças não obesas na auto-estima global.

Bordignon e Teodoro (2011) procuraram estudar a relação entre percepção corporal, autoconceito e traços depressivos em 79 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos de idade. A sua amostra foi composta por 24.1% de crianças com pré-obesidade e 13.9% com obesidade. Para avaliar o autoconceito foi utilizada a PHCSCS e os seus resultados permitiram aos autores concluir que as crianças com obesidade apresentaram índices de autoconceito inferiores, tanto geral como nas sub-escalas, relativamente ao restante grupo. Como Vaz et al. (2010) nos referem, as pressões, reacções e atitudes da sociedade relativamente à imagem do indivíduo obeso, conduzem a declarações depreciativas deste sujeito em relação a si próprio em diferentes áreas, o que irá comprometer o seu autoconceito a um nível global.

Num estudo de Cataneo, Carvalho e Galindo (2005) em que participaram 54 crianças entre os 10 e os 12 anos de idade, 27 eram obesas e 27 eram não obesas. Os autores utilizaram a PHCSCS e concluíram que não houve diferenças estatisticamente significativas, no entanto, as crianças não obesas apresentaram valores médios superiores na dimensão popularidade, relativamente às crianças obesas. Porém, num estudo semelhante, em termos de amostra e instrumento, dos mesmos autores juntamente com Malfará (Carvalho, Cataneo, Galindo & Malfará, 2005) que avaliaram o autoconceito e imagem corporal em crianças obesas, concluíram que as crianças obesas obtiveram um autoconceito inferior na dimensão aparência física, relativamente às crianças não obesas, o que corrobora os estudos anteriores (Simões & Meneses, 2007). Relativamente às restantes sub-escalas, não foram encontradas diferenças. Mais tarde, Malfará (2007) desenvolveu um estudo com 54 crianças com pré-obesidade e obesidade e 50 crianças não obesas, com idades compreendidas entre os 10 e os 15 anos, nos quais aplicou a PHCSCS. Os resultados apontaram para diferenças significativas em relação ao total da escala,

em que os rapazes não obesos apresentaram valores superiores às raparigas não obesas, contrariando os resultados do estudo de Peixoto (2003) que constam na temática anterior. Porém, os restantes grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ao nível do autoconceito global (nas comparações entre: raparigas obesas e não obesas; rapazes obesos e não obesos; e raparigas e rapazes obesos). No que refere às diferentes sub-escalas, não foram encontradas diferenças ao nível da aparência física entre os grupos, inversamente ao que ocorreu nos estudos anteriores (Carvalho et al., 2005; Simões & Meneses, 2007). Tal heterogeneidade de resultados foi igualmente verificada pela autora na sua investigação, que concluiu que não existe um consenso no que refere à avaliação desta dimensão associada à obesidade nos jovens, podendo ocorrer tanto uma avaliação negativa como positiva, apesar dos elevados estereótipos impostos pela sociedade ocidental relativamente à imagem da pessoa obesa. Igualmente na dimensão comportamento, contrariamente ao que foi observado num estudo anteriormente analisado (Simões & Meneses, 2007), no caso do género masculino, os rapazes obesos apresentaram uma auto-percepção de comportamento inferior aos rapazes não obesos, o que coloca em causa a existência de mecanismos cognitivos compensatórios, como foi proposto por Simões e Meneses (2007). Ainda na dimensão comportamento, a autora verificou que as raparigas não obesas apresentaram níveis inferiores relativamente aos rapazes não obesos, contrariamente ao que foi encontrado por Peixoto (2003) que podemos verificar na temática anterior. Não houve diferenças entre o comportamento das raparigas e rapazes obesos, o que se pode concluir que os grupos são homogéneos.

Num estudo de Rodrigues (2011), que procurou avaliar as diferenças entre crianças e adolescentes obesos e não obesos ao nível do autoconceito. A sua amostra era constituída por 101 jovens, entre os 10 e os 15 anos de idade, em que 11.9% eram obesos e 88.1% eram não obesos. Através da aplicação do PHCSCS, a autora concluiu que não foram encontradas diferenças significativas tanto ao nível da análise global da escala como nas diferentes subsescalas. Porém, os jovens não obesos apresentaram valores médios superiores no autoconceito global que reflectem valores médios superiores, relativamente aos jovens obesos, nas dimensões estatuto intelectual e académico, aparência física – que vai ao encontro dos resultados obtidos nos estudos de Simões e Meneses (2007) e Carvalho et al. (2005) – e satisfação e felicidade – que corrobora os resultados de Malfará (2007) referentes a diferenças entre raparigas não obesas e obesas, favorecendo as primeiras. Estes resultados evidenciam a existência de uma realidade social que estigmatiza e discrimina a obesidade, o que influencia o funcionamento psicológico dos jovens obesos, comparativamente aos não obesos. Relativamente ao grupo dos obesos, estes obtiveram valores médios superiores nas dimensões comportamento – indo ao encontro dos resultados

encontrados por Simões e Meneses (2007) – e popularidade – contrariamente aos resultados obtidos por Cataneo et al. (2005). Estes resultados podem ser justificados por mecanismos cognitivos compensatórios, como nos sugeriram os autores Simões e Meneses (2007).

Por seu turno, Sarmento, Schoen-Ferreira, Medeiros e Cintra (2010) aplicaram o *Young Self-Report* (YSR), numa população de 248 jovens, com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos de idade, em que 54 eram obesos e 194 não obesos. Os autores concluíram que não existiram diferenças significativas entre os grupos, embora 25.9% dos obesos apresentassem problemas de contacto social. Os mesmos autores afirmaram que, em relação à literatura por eles consultada, não se pode considerar os obesos como um grupo homogéneo em relação aos seus comportamentos, uma vez que parece existir uma grande variabilidade de resultados.

Por último, Felgueiras (2011) estudou uma amostra de 30 jovens obesos, entre os 12 e os 15 anos de idade através do SPPC. A autora pretendeu analisar as diferenças de género entre os obesos e os resultados permitiram-lhe concluir que ambos apresentam uma baixa competência percebida nas dimensões competência atlética e aparência física, o que está de acordo com os estudos anteriores em que observámos valores mais elevados nestas dimensões no grupo das crianças não obesas quando comparadas com as crianças obesas (Carvalho et al., 2005; Simões & Meneses, 2007). A autora justifica estes resultados referindo-se, igualmente, a estereótipos sociais que estigmatizam os jovens com obesidade e, em consequência, aumentam os seus sentimentos de auto-rejeição. Ambos apresentam elevado autoconceito em termos globais, no entanto, os rapazes apresentam uma alta competência percebida na auto-estima global e as raparigas nas dimensões aceitação social e competência escolar, o que corresponde com os estudos relativos aos jovens não obesos que constam na temática anterior (Faria & Azevedo, 2004; Peixoto, 2003). Felgueiras (2011) concluiu, ainda, através do seu estudo quanto mais elevado é o IMC, mais baixo é o autoconceito, o que estará relacionado com pressões, reacções e atitudes da sociedade relativamente à imagem do indivíduo obeso, levando a declarações depreciativas destes sujeitos em relação a si próprios, o que irá comprometer os seus autoconceitos.

Através da análise dos presentes estudos, podemos concluir que enquanto existem alguns estudos que apresentam diferenças significativas entre jovens obesos e não obesos (Bordignon & Teodoro, 2011; Carvalho et al., 2005; Felgueiras, 2011; Malfará, 2007; Simões & Meneses, 2007), outros não observaram quaisquer diferenças (Cataneo et al., 2005; Rodrigues, 2011; Sarmento et al., 2010), o que permite verificar que a população de obesos não é homogénea (Sarmento et al., 2010) e nem todos os obesos têm sentimentos negativos sobre si e o seu corpo. Em termos gerais, existe uma tendência para o grupo de jovens não obesos apresentarem uma competência percebida superior aos jovens obesos, que se prende com estereótipos sociais, traduzindo-se num

baixo autoconceito nas diferentes dimensões, havendo uma maior evidência de diferenças entre os grupos na dimensão aparência física. Relativamente ao género, parecem não existir diferenças entre obesos e não obesos, porém quando comparados rapazes e raparigas obesos, os rapazes apresentam elevada auto-estima global e as raparigas uma elevada aceitação social e competência escolar, revelando, ambos, valores baixos na competência atlética e aparência física.

5. Crenças, Concepções, Percepções ou Representações de Estilos de Vida Saudável

Segundo a DGS (2006a), nas últimas décadas tem-se testemunhado um aumento da saúde global da população relacionado com a melhoria das condições higieno-sanitárias, alimentares, acesso mais facilitado aos serviços de saúde, avanços técnicos e científicos na detecção e tratamento de certas doenças e maior vigilância das condições de saúde. Todos estes factores vieram contribuir para a diminuição da mortalidade e para o aumento da esperança de vida. Todavia, com a crise económica que estamos a atravessar, parece existir uma crescente preocupação das famílias com as questões relacionadas com a saúde. Assim, importa conhecer o que a literatura nos diz sobre estilos de vida saudável e a forma como são percebidos, nomeadamente pelos adolescentes, de modo a podermos relacioná-los com a obesidade.

Os conceitos atitudes ou hábitos de saúde, estilos de vida saudável ou *Wellness*, como fomos encontrando ao longo da revisão de literatura, são muitas vezes utilizados como designações equivalentes, no entanto importa esclarecê-los de acordo com os diferentes autores que os empregaram. Ribeiro (2004) procurou distinguir os termos estilo de vida de *Wellness* e, de acordo com o autor, Hettler (1982, cit. por Ribeiro, 2004) definiu *Wellness* como um processo activo através do qual o indivíduo se torna consciente, tomando opções que o levem a uma melhor existência e que maximizem as suas potencialidades no meio ambiente em que se insere. O estilo de vida é definido pela OMS, segundo o mesmo autor, como um conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais intimamente relacionados e que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade, entre outros factores. Da sua análise, Ribeiro (2004) concluiu que ambos são conceitos muito análogos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004a), estilo de vida é um conjunto de opções individuais, hábitos e comportamentos de resposta às situações de saúde do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente re-interpretados e testados ao longo da vida e em diferentes situações sociais. A mesma fonte refere que a saúde é determinada por factores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos), ambientais, económicos, sociais e culturais.

Num estudo de Matos, Carvalhosa e Diniz (2002), os resultados a que chegaram permitiram concluir que os contextos sociais dos jovens são de extrema relevância na promoção e adaptação de estilos de vida saudáveis. Assim, a família, o envolvimento escolar, o estabelecimento de laços com os pares, um bom nível económico, aparecem aqui com um efeito facilitador da aquisição e manutenção de um estilo de vida activo na adolescência. Os autores apontaram, ainda, para a importância de que a escolha de um estilo de vida activo e saudável tenderá a manter-se ao longo do ciclo da vida, quanto mais precocemente for consolidada. Na mesma óptica, Vaz e seus colaboradores (2010), referem que os hábitos de saúde são resultado de um longo processo de socialização e desenvolvimento, aprendidos no seio familiar e escolar, sujeitos às influências dos pares, experiências de cidadania, conhecimentos escolares e informação obtida através dos *média*. Assim, com base nestes agentes fundamentais de socialização cada pessoa vai construindo um conjunto de crenças, a partir das quais desenvolve comportamentos relativos às diversas dimensões da sua vida, igualmente no que refere à saúde (Couto, 2004).

Como pudemos verificar, as diferentes designações utilizadas remetem para conceitos semelhantes, como tal, podemos concluir que os comportamentos, atitudes e hábitos de saúde, estilos de vida saudável ou *Wellness*, dizem respeito a um processo consciente e individual, embora construído e determinado socialmente, que implica uma resposta activa e potencializadora de saúde que é condicionada por diversos factores externos (económias, sociais, educacionais, entre outros) e internos (idade) ao sujeito. Assim, iremos utilizar as diversas terminologias de forma indiscriminada ao longo do presente trabalho.

Importa, nesta fase, perceber como são observados estes hábitos de saúde pela sociedade. Mais uma vez, encontramos na literatura várias nomenclaturas como representações, concepções, percepções ou crenças de saúde que têm suscitado interesse aos investigadores, pois acredita-se que determinam em parte os estilos de vida de cada um, quer saudável, quer de risco (Camarneiro, 2004).

Gazzinelli, Gazzinelli, Reis e Penna (2005) definiram as representações de saúde como guias determinantes para as práticas, definindo o que é correcto ou inaceitável no contexto da saúde, afirmando a existência de um efeito de reciprocidade, em que tanto as representações definem as práticas, como as práticas (re) constroem novas representações. Ou seja, enquanto que as representações conferem ao sujeito uma fundamentação nos modelos de saúde de acordo com os quais ele irá actuar, o indivíduo, independentemente de tais modelos e considerando a sua experiência, (re) cria significados sobre a sua doença ou como evitá-la, sobre o atendimento que recebe, incluindo a educação em saúde da qual faz parte. Assim, os autores consideram que as

representações são sistemas abertos e heterogêneos que comportam acordos e conflitos que são continuamente transformados durante as interações indivíduo-indivíduo e indivíduo-sociedade.

Camarneiro (2004), por sua vez, refere-se a crenças ou “*beliefs*” de saúde. De acordo com Wright e seus colaboradores (1996, cit. por Couto, 2004) todos possuímos “*core beliefs*” (crenças centrais) que são designadas por um sistema de verdades significativas que são pessoais e, muitas vezes, inconscientes mas que são conceitos básicos a partir dos quais nós vivemos e que influenciam a estrutura e funcionamento biopsicossocial e espiritual do indivíduo.

Ferreira, Alvim, Teixeira e Veloso (2007) procuraram conhecer as concepções dos adolescentes e como estas se articulam com as suas práticas de cuidado. Os autores partiram desta questão para iniciar uma discussão sobre os significados de saúde com os adolescentes participantes. Os resultados desta discussão permitiram concluir que a totalidade dos adolescentes participantes desta pesquisa centraram a construção das suas concepções de saúde em imagens e discursos fora do campo biológico e/ou patológico quando se reportavam a si. Para estes jovens a saúde não é “não adoecer” ou “não ter uma doença”, mas sim é expressa pelo quanto se pode viver e pela qualidade deste viver. Os autores afirmam que esta construção de pensamento reflecte claramente, que a realidade é construída a partir da experiência social, uma vez que os adolescentes afirmaram não ter passado por nenhuma situação de ausência de saúde.

Considerando as suas características mais proeminentes e de uma forma sintetizada, podemos concluir que as representações, concepções, percepções, “*core beliefs*” ou crenças de saúde são construídas socialmente e são fruto das vivências do sujeito, sendo assumidas como verdades pelo mesmo e passíveis de sofrer alterações (através da confrontação com outras opiniões ou novas experiências com doenças) e são uma base preditora de promoção e adopção de estilos de vida (saudável ou de risco).

5.1. Autocuidado, Nutrição e Exercício Físico

Iremos centrar-nos em três categorias que estão presentes no questionário utilizado no nosso estudo para a avaliação das percepções de estilos de vida saudável, que teve por base o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) de Ribeiro (2004) que utilizou apenas categorias designadas por físicas, pelo autor original (Hettler, 1982 cit. por Ribeiro, 2004), no sentido em que se reportam a acções ou intenções comportamentais, são elas o Exercício Físico, Físico Nutricional, Autocuidado Físico, Segurança Física relacionada com Veículos e Aspectos Físicos relacionados com Drogas. Após a análise dos itens do QACS e considerando a nossa amostra e o que nos pretendíamos analisar, decidimos reduzi-la a apenas três categorias: Autocuidado, Nutrição e Exercício Físico.

O autocuidado, de acordo com alguns autores (Bub, Medrano, Silva, Wink, Liss & Santos, 2006; Silva, Oliveira, Silva, Polaro, Randüz, Santos & Santana, 2009) é a realização de acções voluntárias e intencionais dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, envolvendo a tomada de decisões, com o intuito de regular o próprio funcionamento de acordo com os seus interesses na vida, funcionamento integrado, saúde e bem-estar, podendo ser condicionado por factores básicos (idade, sexo, estado de desenvolvimento e de saúde, orientação sócio-cultural), factores do sistema de atendimento à saúde (modalidades de diagnóstico e de tratamento), factores familiares (padrões de vida, como por exemplo, rotina regular de actividades) e factores ambientais. As acções de autocuidado têm certos propósitos a alcançar, denominados de requisitos de autocuidado, que são classificados como universais, de desenvolvimento e de alterações de saúde, sendo comuns a todos os seres humanos e incluem: a manutenção de suprimento suficiente de ar, água e alimentos; provisão de cuidados associados com os processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre actividades e repouso; prevenção de risco e promoção da actividade humana, entre outros (Bub et al., 2006; Silva et al., 2009).

No que concerne à nutrição, Viana (2000; 2002) refere que no domínio da Psicologia esta matéria desenvolveu-se em torno de temas como as consequências de mal-nutrição e dos défices específicos, no desenvolvimento intelectual da criança e implicações em idades posteriores, nas perturbações do comportamento alimentar e factores psicossociais e interactivos associados, na anorexia nervosa e bulimia e, também, na obesidade. Apesar da actual relevância do ponto de vista curativo, a nutrição e o comportamento alimentar têm vindo a ser considerados na perspectiva da prevenção primária e, por isso, investigados no indivíduo e grupos saudáveis e do ponto de vista do comportamento (Viana, 2000; 2002). Para o autor, a alimentação actual, nos países ocidentais e industrializados, por exemplo, caracteriza-se por conter proteínas, gorduras e açúcar em excesso, em detrimento de fibras vegetais, estando ligada a algumas doenças frequentes nestes países e às consideradas como mais importantes causas de mortalidade, associadas à arteriosclerose, tensão arterial elevada, cancro, acidente vascular cerebral, diabetes, entre outras.

De acordo com o Livro Verde da Actividade Física (2011) do Observatório Nacional da Actividade Física e Desporto, a actividade física compreende qualquer movimento corporal produzido pela contracção muscular que resulte num gasto energético acima do nível de repouso. Embora relacionado com a actividade física, o exercício físico é um conceito menos abrangente e é definido por movimentos corporais planeados, organizados e repetidos com o objectivo de manter ou melhorar uma ou mais componentes da aptidão física. A mesma fonte refere que apesar de o movimento constituir um aspecto essencial da vida da maioria das espécies, tornou-se ao longo da civilização, uma componente menos crítica da vida diária dos seres humanos devido

aos avanços tecnológicos. Embora estes avanços tenham contribuído, por um lado, para uma existência mais facilitada e para uma melhoria da qualidade de vida, por outro, evidenciou um número considerável de doenças parcialmente atribuíveis à falta de movimento.

5.2. Estudos sobre a percepção de hábitos saudáveis nos adolescentes

Posteriormente à exposição da literatura sobre o tema em questão, pretendemos, neste ponto, referenciar alguns estudos que foram desenvolvidos com o intuito de analisar as representações de estilos de vida saudável junto dos adolescentes.

Matos e seus colaboradores (2002) elaboraram uma investigação que contou com 6903 alunos de 191 escolas portuguesas, em que 53% eram raparigas e 47% eram rapazes e encontravam-se a frequentar o 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, sendo a média de idades de 14.1. Pretendeu-se, com este estudo, analisar a associação entre a actividade física dos adolescentes e outras variáveis demográficas (pessoais, escolares e sociais). Os resultados apontaram para o facto de existirem associações significativas entre a actividade física e diversas variáveis, nomeadamente o sexo, a idade, a saúde percebida e a auto-imagem. Tanto a idade como o sexo foram associadas à prática da actividade física com os rapazes e os mais novos a praticarem mais. A percepção da saúde e a imagem de si apareceram também associadas à prática da actividade física, uma percepção de saúde superior e uma melhor imagem de si associando-se a uma maior prática. Podemos então perceber que os jovens deste estudo percebem a actividade física como potencializadora de um estilo de vida saudável.

Por seu turno, Guedes e Grondin (2002), procuraram analisar as associações entre as percepções sobre a adopção de hábitos saudáveis e indicadores alimentares, prática da actividade física e controlo de peso através do Questionário de Percepção de Hábitos Saudáveis (QPHAS). A sua amostra foi de 66 sujeitos com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos de idade, em que 44 eram raparigas e 22 eram rapazes. Os resultados permitiram concluir que as raparigas apresentaram índices superiores de percepção de hábitos de saúde, relativamente aos rapazes em todos os tópicos avaliados (controlo de peso corporal, alimentação, actividade física e em termos de percepção global). Os autores referem que as raparigas tendem a apresentar um melhor conhecimento sobre a alimentação e uma maior preocupação com o excesso de peso, sendo mais provável que as suas percepções sobre alimentação estejam associadas ao controlo de peso e não tanto à promoção de hábitos de vida saudável.

Mais uma vez é demonstrado que os rapazes são mais activos que as raparigas, no entanto apresentaram representações mais baixas quanto às questões relacionadas com a actividade física, o que, de acordo com os autores, pode traduzir uma vinculação mais forte a factores

socioculturais do que à percepção sobre os efeitos da actividade física para a saúde. Não foram encontradas diferenças significativas entre controlo de peso corporal e percepção de hábitos saudáveis, o que sugere um desconhecimento da associação de ambos por parte destes adolescentes. Em termos globais, estes adolescentes apresentaram um elevado índice de percepção sobre hábitos saudáveis, no entanto, parecem existir indícios de que estas concepções possam não influenciar comportamentos adequados, relacionados às condutas alimentar e prática da actividade física. Ou seja, por mais que os adolescentes apresentem elevada percepção quanto a indicadores de uma alimentação saudável, estes parecem não possuir hábitos alimentares que possam auxiliar na aquisição ou manutenção do estado de saúde, procurando melhorar a qualidade de vida. Assim, podemos concluir que este resultado não corresponde ao que é referido na literatura, em que as percepções predizem a probabilidade de um determinado comportamento poder vir a ocorrer (Camarneiro, 2004).

Não foram encontrados estudos que procurassem analisar especificamente as representações de autocuidado, no entanto, como já foi referido, tanto o autocuidado, o exercício físico e a nutrição são categorias designadas por físicas, no sentido em que se reportam a comportamentos, acções ou intenções comportamentais (Camarneiro, 2004). Deste modo, podemos aparentemente generalizar os resultados obtidos por estes estudos ao nível das categorias nutrição e exercício físico, à categoria autocuidado, ainda que os presentes estudos não sejam suficientemente consistentes, dado o seu reduzido número e pelo facto de apenas um deles estar mais direccionado para os objectivos do presente trabalho.

PARTE II – Investigação Empírica

1. Problema

Nesta fase do trabalho procederemos, primeiramente, à apresentação do problema e objectivos do estudo. Posteriormente iremos expôr as nossas hipóteses e questões de investigação que nos comprometeremos a analisar. Por fim, revelaremos as nossas variáveis e como serão operacionalizadas no presente estudo.

1.1. Formulação do Problema e Objectivos do Estudo

O presente estudo pretende dar o seu contributo na crescente investigação da obesidade na pré-adolescência e adolescência, procurando conhecer as suas implicações ao nível do autoconceito e auto-estima dos jovens, bem como compreender as percepções deste grupo relativamente a hábitos de saúde. No que refere à análise do autoconceito, considerou-se a sua estrutura multidimensional, ou seja, a sua composição por diferentes dimensões (Peixoto, 2003; Vaz, 1988), verificando a possibilidade de as diferentes dimensões do autoconceito (aparência física, comportamento e aceitação social) estabelecerem associações com as outras variáveis em estudo. Relativamente às representações de estilos de vida saudável, atendeu-se, também, à variabilidade de categorias dentro destas, centrando-nos na avaliação da nutrição e autocuidado.

De acordo com a revisão de literatura efectuada, é possível verificar que existem alguns estudos que apontam a obesidade como uma condicionante negativa no bem-estar psicológico dos jovens, principalmente ao nível do autoconceito e auto-estima (Bordignon & Teodoro, 2011; Carvalho et al., 2005; Felgueiras, 2011; Malfará, 2007; Simões & Meneses, 2007) interpretados maioritariamente à luz dos estereótipos sociais (Harter, 2012; Peixoto, 2003; Simões & Meneses, 2007; Vaz et al., 2010). Porém, não existem provas na literatura de que tal situação se verifique em função da idade, no entanto é possível encontrar diferenças de autoconceito e auto-estima relativamente à idade em jovens não obesos (Faria & Azevedo, 2004; Peixoto, 2003; Veiga, 2006) em que os mais novos apresentam um elevado autoconceito académico e um autoconceito mais elevado na dimensão aparência física e os mais velhos, uma melhor competência percebida na dimensão comportamento. De um modo geral, estas diferenças são justificadas pela existência de uma tendência para a diminuição do autoconceito e das suas diferentes dimensões ao longo do percurso do desenvolvimento, que ocorre pela crescente diferenciação das várias dimensões e pela progressiva capacidade para realizar comparações e auto-avaliações cada vez mais realistas que provocam um ajustamento do autoconceito (Faria & Azevedo, 2004; Harter, 2012; Peixoto, 2003). O mesmo ocorre no que refere à associação entre género e obesidade, em que somente dois estudos procuraram analisar as possíveis diferenças entre autoconceito e auto-estima, em função do género (Felgueiras, 2011; Malfará, 2007), que vão ao encontro dos resultados

encontrados em estudos com jovens sem obesidade (Faria & Azevedo, 2004; Peixoto, 2003), indicando, por um lado, um nível mais elevado de autoconceito nas dimensões aceitação social e competência escolar por parte das raparigas obesas e uma elevada auto-estima global por parte dos rapazes obesos, comparativamente aos rapazes obesos e raparigas obesas, respectivamente. Por outro lado, é apresentada uma baixa satisfação e felicidade por parte das raparigas obesas quando comparadas com raparigas não obesas e rapazes obesos. Todavia, foram encontrados outros estudos que remetem para diversas diferenças entre rapazes e raparigas não obesos (Magalhães et al., 2003; Martins et al., 2008; Silva, 2009; Veiga, 2006). Genericamente, os resultados destes estudos indicam que os rapazes apresentam uma melhor percepção de si próprios, que é fruto de estereótipos sexuais, havendo uma maior pressão para a atractividade e beleza no género feminino (Harter, 2012; Peixoto, 2003; Penteado et al., 2012) que condicionam algumas dimensões do autoconceito e que podem reflectir-se na auto-estima global das raparigas.

Relativamente às representações de estilo de vida saudável dos jovens obesos, não obtivemos informações suficientes na literatura, quer em jovens obesos quer em jovens não obesos, em função da idade, para podermos elaborar afirmações. Contudo, foram encontradas diferenças de género em jovens não obesos no que refere às suas percepções de saúde (Guedes & Grondin, 2002), revelando uma percepção mais elevada por parte das raparigas, que estará possivelmente associada a melhores conhecimentos sobre alimentação e a uma maior preocupação com o excesso de peso, relativamente aos rapazes (Guedes & Grondin, 2002), devido a estereótipos de magreza impostos pela sociedade, nomeadamente sobre o género feminino (Simões & Meneses, 2007; Vaz et al., 2010).

Tendo por base a literatura apresentada na primeira parte do trabalho, o presente estudo tem como principal objectivo analisar a possível relação entre obesidade/não obesidade e o autoconceito, a auto-estima e as representações de estilo de vida saudável, em função do género e idade. Assim, pretendemos formular hipóteses e questões de investigação que nos permitam, em primeiro lugar, analisar as possíveis diferenças entre jovens pré-obesos/obesos e não obesos nas diferentes dimensões do autoconceito (aparência física, comportamento e aceitação social) e auto-estima (global), em função da idade e género. Esperamos, ainda, verificar as possíveis diferenças entre jovens com excesso de peso e não obesos relativamente às diferentes categorias das representações de hábitos de saúde (nutrição e autocuidado), em função do género e idade.

1.2. Hipóteses e Questões de Investigação

1.2.1. Diferenças nas várias dimensões do autoconceito e na auto-estima global, em função da idade, género e grau de obesidade

Um dos pontos cruciais deste trabalho prende-se com as possíveis diferenças ao nível das diferentes dimensões do autoconceito, nomeadamente, a aparência física, o comportamento e a aceitação social, bem como ao nível da auto-estima global, entre jovens com pré-obesidade/obesidade e jovens não obesos. Para uma melhor formulação e organização das nossas hipóteses e questões de investigação, procederemos a uma análise, primeiramente, através das diferentes dimensões do autoconceito e, posteriormente, à auto-estima global, analisando dentro de cada uma as presumíveis diferenças entre pré-obesidade/obesidade e não obesidade, em função do género e idade. Assim, iniciaremos esta análise na dimensão aparência física, são vários os estudos que encontraram diferenças entre jovens com excesso de peso e jovens não obesos, favorecendo os últimos (Carvalho et al., 2005; Felgueiras, 2011; Simões & Meneses, 2007). Relativamente às diferenças de género analisadas nesta dimensão, apesar de algumas investigações em jovens não obesos apontarem para a existência de diferenças entre raparigas e rapazes, favorecendo os últimos (Faria & Azevedo, 2004; Peixoto, 2003; Veiga, 2006), nos estudos realizados com jovens pré-obesos/obesos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino (Felgueiras, 2011; Malfará, 2007), o que indica que tanto os rapazes pré-obesos/obesos, como as raparigas pré-obesas/obesas apresentam uma semelhante competência percebida na dimensão aparência física. Ainda relativamente ao género, não existem dados quanto à comparação entre grupos (raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos). No que refere a diferenças entre idades, embora tenham sido encontrados resultados que indicassem a diminuição de competência da aparência física ao longo do desenvolvimento em jovens não obesos (Peixoto, 2003), não constam investigações realizadas relativamente ao efeito de idade dentro da população de juvenil com excesso de peso. Assim, no seguimento da fundamentação acima apresentada, elaboram-se as seguintes hipóteses e questões de investigação:

Hipótese 1: Os jovens não obesos apresentarão valores de autoconceito mais elevados na dimensão aparência física, em comparação com os jovens pré-obesos/obesos.

Hipótese 2: As raparigas pré-obesas/obesas apresentarão valores de autoconceito semelhantes aos rapazes pré-obesos/obesos, na dimensão aparência física.

Questão de Investigação 1: Será que existem diferenças nos valores de autoconceito na dimensão aparência física, entre pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos/obesos e não obesos?

Questão de Investigação 2: Será que existem diferenças nos valores de autoconceito na dimensão aparência física, entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos?

Em relação à dimensão comportamento os resultados dos estudos têm sido pouco conclusivos em relação a este aspecto, enquanto que uns indicam que os jovens pré-obesos/obesos se auto-percepcionam como mais competentes nesta dimensão, relativamente aos jovens não obesos (Rodrigues, 2011; Simões & Meneses, 2007), outros, pelo contrário, referem que os jovens não obesos apresentaram níveis superiores de competência percebida na dimensão comportamento, em comparação com os jovens com excesso de peso (Malfará, 2007), pelo que não poderemos proceder à formulação de hipótese. O mesmo ocorre relativamente à diferença de género nesta dimensão, para a população de jovens não obesos. Por um lado, alguns autores, de acordo com os resultados que obtiveram das suas pesquisas, apontam para diferenças entre rapazes e raparigas, favorecendo as últimas (Peixoto, 2003), por outro lado, noutras investigações são beneficiados os rapazes (Malfará, 2007). Porém, no que refere à população de jovens pré-obesos e obesos, os resultados encontrados na literatura (Felgueiras, 2011; Malfará, 2007) indicam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos, pelo que se pode crer que sejam homogéneos relativamente a esta dimensão, não existindo, contudo, dados relativamente à comparação entre grupos (raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos). Quanto às diferenças impostas pela idade, dos estudos efectuados com jovens não obesos (Peixoto, 2003; Veiga, 2006) concluiu-se que o comportamento tende a ser melhor percebido com o avançar da idade, todavia, não existem estudos que procurassem estudar a diferença entre idades em jovens com excesso de peso. Assim, no seguimento da fundamentação acima apresentada, elaboram-se as seguintes hipótese e questões de investigação:

Hipótese 3: As raparigas pré-obesas/obesas apresentarão valores de autoconceito semelhantes aos rapazes pré-obesos/obesos, na dimensão comportamento.

Questão de Investigação 3: Será que existem diferenças nos valores de autoconceito na dimensão comportamento, entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos?

Questão de Investigação 4: Será que existem diferenças nos valores de autoconceito na dimensão comportamento, entre pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos/obesos e não obesos?

No que refere à dimensão aceitação social, é visível através do estudo de Simões e Meneses (2007) que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os jovens pré-obesos/obesos e não obesos, o que evidencia uma semelhança de competência percebida entre os grupos. Quanto à diferença de género nesta dimensão, podemos verificar que existem diferenças entre raparigas e rapazes com excesso de peso, favorecendo as primeiras (Felgueiras, 2011), porém não existem dados sobre comparações entre grupos (raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos). Relativamente à idade, não existem estudos que se propusessem a analisar as diferenças entre pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos/obesos e não obesos na dimensão aceitação social. Assim, no seguimento da fundamentação acima apresentada, elaboram-se as seguintes hipóteses e questões de investigação:

Hipótese 4: Os jovens pré-obesos/obesos apresentarão valores de autoconceito semelhantes aos jovens não obesos, na dimensão aceitação social.

Hipótese 5: As raparigas pré-obesas/obesas apresentarão valores de autoconceito superiores na dimensão aceitação social, em comparação com os rapazes pré-obesos/obesos.

Questão de Investigação 5: Será que existem diferenças nos valores de autoconceito na dimensão aceitação social, entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos?

Questão de Investigação 6: Será que existem diferenças nos valores de autoconceito na dimensão aceitação social, entre pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos/obesos e não obesos?

Quanto à auto-estima global, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a população de jovens pré-obesos/obesos e não obesos (Simões & Meneses, 2007), o que permite afirmar que os dois grupos são homogêneos. Relativamente ao efeito de género, parece existir um consenso quanto aos resultados de vários estudos realizados tanto com jovens não obesos (Faria & Azevedo, 2004; Peixoto, 2003), como com jovens com excesso de peso (Felgueiras, 2011), apresentando, os rapazes, um nível superior de auto-estima global, em comparação às raparigas. Porém, não existem estudos que tenham analisado as diferenças entre grupos (raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos). O mesmo acontece ao nível das diferenças de idade, não existindo dados sobre comparações de auto-estima global, entre pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos/obesos e não obesos. Assim, no seguimento da fundamentação acima apresentada, elaboram-se as seguintes hipóteses e questões de investigação:

Hipótese 6: Os jovens pré-obesos/obesos apresentarão uma auto-estima global semelhante aos jovens não obesos.

Hipótese 7: Os rapazes pré-obesos/obesos apresentarão uma auto-estima global mais elevada, em comparação com as raparigas pré-obesas/obesas.

Questão de Investigação 7: Será que existem diferenças na auto-estima global, entre pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos/obesos e não obesos?

Questão de Investigação 8: Será que existem diferenças na auto-estima global, entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos?

1.2.2. Diferenças nas várias categorias das representações de hábitos de saúde, em função da idade, género e grau de obesidade

Outro ponto importante da nossa investigação prende-se com a análise de possíveis diferenças ao nível das várias categorias das representações de estilos de vida saudável, nomeadamente, autocuidado e nutrição. Os estudos encontrados não foram ao encontro dos nossos objectivos, pelo que não foi possível obter resultados que fundamentem a formulação de hipóteses. No entanto, foi possível perceber através do estudo de Guedes e Grondin (2002) em jovens não obesos, que as raparigas obtiveram uma percepção de saúde superior, em termos globais, comparativamente aos rapazes. Assim, no seguimento da fundamentação acima apresentada, elaboram-se as seguintes hipótese e questões de investigação:

Hipótese 8: As raparigas não obesas apresentarão representações superiores de hábitos de saúde, em comparação com os rapazes não obesos.

Questão de Investigação 9: Será que existem diferenças ao nível da percepção de nutrição, entre pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos/obesos e não obesos?

Questão de Investigação 10: Será que existem diferenças ao nível da percepção de autocuidado, entre pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos/obesos e não obesos?

Questão de Investigação 11: Será que existem diferenças ao nível da percepção de autocuidado, entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos?

Questão de Investigação 12: Será que existem diferenças ao nível da percepção de nutrição, entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos?

1.3. Operacionalização de Variáveis

Apresentamos, nesta fase, as variáveis e a forma como são operacionalizadas no presente estudo. No que refere às variáveis independentes temos o género, a idade e o IMC. O género é uma variável dicotómica, podendo ser género feminino ou género masculino. A variável idade dos participantes neste estudo foi analisada através da discriminação de dois grupos: pré-adolescentes (jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos de idade) e adolescentes

(jovens com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos de idade). O IMC dos jovens participantes foi igualmente analisado através da distinção de dois grupos: normal (jovens que estão abaixo do P85) e pré-obesidade/obesidade (jovens que estão acima do P85).

Relativamente às variáveis dependentes temos as diferentes dimensões do autoconceito, a auto-estima e as diferentes categorias das representações de vida saudável. O autoconceito demonstra a auto-representação do indivíduo relativamente à sua competência nas dimensões analisadas, o que implica que assumimos o autoconceito como uma estrutura multidimensional, como referido no início desta temática. O autoconceito das diferentes dimensões é obtido através da média das respostas correspondentes a cada dimensão considerada. A auto-estima foi considerada enquanto uma apreciação global do indivíduo enquanto pessoa, resultando da média das respostas a itens específicos, constituindo uma escala específica inserida na escala de autoconceito e auto-estima utilizada. Relativamente às representações de estilos de vida saudável, atendeu-se, igualmente, à variabilidade de categorias dentro destas, como já mencionado anteriormente, sendo o seu resultado obtido, novamente, da média das respostas referentes a cada categoria analisada.

2. Método

No presente ponto do trabalho, iremos, primeiramente, proceder ao delineamento do estudo e à exposição dos participantes em termos de idade, género e prevalência de obesidade. Em seguida apresentaremos os instrumentos utilizados para a recolha de dados, bem como a análise das propriedades psicométricas efectuadas para as escalas de Autoconceito e Auto-Estima e para o Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável. Posteriormente, abordaremos todos os procedimentos efectuados para e na recolha de dados, e terminaremos focando-nos nos procedimentos de análise de dados utilizados para procurar responder às questões inicialmente colocadas.

2.1. Delineamento do Estudo

O presente estudo pode caracterizar-se como um estudo quantitativo-correlacional, uma vez que tem como objectivo analisar as relações estabelecidas entre as diferentes variáveis trabalhadas na presente investigação e pretende diferenciar grupos concretos de jovens (Almeida & Freire, 2008). Através da formulação de hipóteses e questões de investigação, o presente estudo pretende, por um lado, compreender o impacto da obesidade sobre algumas dimensões do autoconceito (aparência física, comportamento e aceitação social) e sobre a auto-estima

(global), comparando duas fases específicas de desenvolvimento, pré-adolescência e adolescência, e analisando as possíveis diferenças de género. Por outro lado, o presente estudo ambiciona conhecer o efeito da prevalência/ausência de obesidade nos participantes, sobre as representações ou concepções de estilos de vida saudável, procedendo-se, igualmente, à sua análise em função dos diferentes grupos etários e do género.

Como instrumentos de recolha de dados recorreremos ao uso de questionários, uma vez que se apresentam como um métodos mais práticos e económicos, em termos de tempo, possibilitando, simultaneamente, abranger um elevado número de alunos numa só aplicação, para além de permitir a quantificação das variáveis a analisar.

Ainda nesta parte do presente estudo, procederemos à apresentação dos participantes e dos procedimentos de recolha e de análise de dados. Nos pontos finais da investigação, iremos exhibir e discutir os resultados, tendo por base as hipóteses e questões de investigação previamente colocadas, terminando com as considerações finais.

2.2. Participantes

O presente estudo foi desenvolvido num agrupamento de escolas situado no concelho de Cascais. Pretendia-se envolver todas as turmas do 5º ano ao 9º ano de escolaridade, uma vez que são os anos escolares que abrangem as idades a que nos propusemos estudar. Porém, o tempo reduzido disponibilizado para recolha de dados, acompanhado de condicionantes de horários, por parte dos professores, e de provas de avaliação, por parte dos alunos, restringiu a nossa recolha de dados às turmas e aos professores com disponibilidade de horários para tal. Assim, participaram neste estudo, uma turma do 5º ano, duas do 6º ano, três do 8º ano e duas do 9º ano, sendo ainda importante referir que das presentes turmas, nem todos os alunos participaram, quer por não apresentarem o documento informativo sobre o estudo devidamente assinado e autorizado pelos encarregados de educação, quer pela não autorização destes.

Deste modo, podemos afirmar que os participantes do presente estudo, foram seleccionados através de um processo de amostragem por conveniência, tanto pela localização do agrupamento que se apresentava geograficamente mais acessível ao pesquisador, como pelas condicionantes no que respeita a autorizações de encarregados de educação e à conveniência de horários dos professores e turmas.

Participaram no presente estudo 110 alunos do 2º e 3º ciclos, sendo possível observar, através da Tabela 1, a sua distribuição por cada ano de escolaridade, bem como as percentagens, apresentando-se o 8º ano com maior número de participantes, uma vez que também foi o ano de escolaridade em que mais participaram turmas.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes por ano de escolaridade e respectivas percentagens

Ano de Escolaridade	Frequência	Percentagem	
5º Ano	18	16.4%	
6º Ano	23	20.9%	
8º Ano	37	33.6%	
9º Ano	32	29.1%	
	110	100%	TOTAL

Os participantes tinham idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos de idade, sendo a média de idades da amostra total de 13.49 ($SD=1.59$). Em seguida, na Tabela 2, podemos verificar a distribuição dos participantes, em função da idade, e respectivas percentagens.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes por idade e respectivas percentagens

Idade	Frequência	Percentagem	
10	6	5.5%	
11	10	9.1%	
12	14	12.7%	
13	11	10%	
14	39	35.5%	
15	24	21.8%	
16	5	4.5%	
17	1	0.9%	
	110	100%	TOTAL

A presente amostra foi constituída por 57 (51.8%) participantes do género masculino e 53 (48.2%) do género feminino, revelando serem grupos relativamente homogéneos em termos de número. Os participantes foram distribuídos por dois grupos em função da idade, tendo por base a distinção realizada por Harter (2012), assim temos um grupo constituído por pré-adolescentes (com idades compreendidas, neste caso, entre os 10 e os 13 anos de idade) e outro por adolescentes (com idades compreendidas, neste caso, entre os 14 e os 17 anos de idade). Na Tabela 3, exibida em seguida, apresentaremos a distribuição dos participantes em função dos grupos etários constituídos e do género, bem como as respectivas percentagens. Verificaremos, através da mesma tabela, que o grupo dos pré-adolescentes é composto por 41 (37.3%) participantes e o grupo dos adolescentes por 69 (62.7%) participantes, havendo uma maior prevalência do género masculino (61%) no primeiro grupo e do género feminino (53.6%) no

segundo. Embora não conste na tabela, importa referir que a média de idades é de 11.73 ($SD=1.03$) para o grupo de pré-adolescentes e de 14.54 ($SD=0.69$) para o grupo de adolescentes.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes em função do género e grupo etário, com as respectivas percentagens

		Género		
		Masculino	Feminino	TOTAL
Grupo	PA	25 (61%)	16 (39%)	41 (37.3%)
Etário	A	32 (46.4%)	37 (53.6%)	69 (62.7%)
TOTAL		57 (51.8%)	53 (48.2%)	110 (100%)

Legenda: PA – Pré-Adolescentes; A – Adolescentes.

Para além da distinção dos participantes pela idade, apresentada anteriormente, o presente estudo tinha como objectivo analisar as possíveis diferenças entre jovens com pré-obesidade/obesidade e sem obesidade. Para tal, foram calculados os IMC de todos os participantes e atribuídos percentis correspondentes, permitindo dividir os jovens por grupos: baixo peso, normal e pré-obesidade/obesidade. Na Tabela 4, apresentada seguidamente, podemos observar a distribuição dos participantes em função do IMC pelos grupos etários anteriormente constituídos. Uma vez que houve apenas 8 jovens (7.3%) que apresentaram índices de obesidade ($>P95$), optámos por incluí-los no grupo dos pré-obesos ($>P85$) que tinha 27 jovens (24.5%), formando um grupo que abrange pré-obesos e obesos, ou seja, jovens com excesso de peso, não fazendo distinção entre eles. Assim, podemos perceber que existe uma prevalência de 35 jovens com pré-obesidade e obesidade (31.8%) no total de participantes. Importa referir que no grupo de jovens com excesso de peso, que acabámos de referir, 16 (45.7%) são do género masculino e 19 (54.3%) são do género feminino. Em decorrência da baixa frequência observada no grupo baixo peso ($n=3$, equivalente a 2.7% dos participantes), como é igualmente verificável através da Tabela 4, optou-se por retirar esta categoria das análises estatísticas realizadas, quando trabalhámos a variável IMC, como será visível na apresentação e análise de resultados.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes em função do estado nutricional e grupo etário, com as respectivas percentagens

		IMC			
		BP	Normal	PO/O	TOTAL
Grupo	PA	1 (2.4%)	24 (58.5%)	16 (39%)	41 (37.3%)
Etário	A	2 (2.9%)	48 (69.6%)	19 (27.5%)	69 (62.7%)
	TOTAL	3 (2.7%)	72 (65.5%)	35 (31.8%)	110 (100%)

Legenda: PA – Pré-Adolescentes; A – Adolescentes; IMC – Índice de Massa Corporal;
BP – Baixo Peso; PO/O – Pré-Obesidade e Obesidade.

2.3. Instrumentos

Para o presente estudo, foram utilizados três instrumentos: o Questionário Sóciodemográfico, a Escala de Autoconceito e Auto-estima (para crianças e adolescentes) e o Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável, sendo todos preenchidos pelos participantes num só momento.

2.3.1. Descrição, Cotação e Interpretação dos Instrumentos

O questionário sóciodemográfico permite uma breve recolha de informação sobre alguns dados biográficos dos alunos que servirão para caracterizar a amostra e poderão ser relevantes para o estudo, como o género, idade, ano de escolaridade, entre outros (Anexo B).

Para o presente estudo foram utilizadas duas escalas que avaliam o autoconceito e auto-estima: a versão portuguesa do *Self Perception Profile for Children* (SPPC) de Susan Harter, adaptado por Martins, Peixoto, Mata e Monteiro (1995) designada de Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes (Anexo C) e a versão portuguesa do *Self Perception Profile for Adolescents* (SPPA) da mesma autora, adaptado por Peixoto e Almeida (1999; Peixoto, 2003) designada de Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes (Anexo D). Para o grupo de participantes pré-adolescentes foi aplicada a primeira e para os participantes adolescentes, a segunda. Optou-se por estes instrumentos por permitirem uma avaliação multidimensional do autoconceito, característica deste constructo que procurámos ter em conta, tal como referimos na formulação dos objectivos do presente estudo.

A Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes (Martins et al., 1995), é uma escala que está destinada a crianças do 3º ao 6º ano de escolaridade. Esta escala (“*Como é que eu sou?*”) contém seis sub-escalas referentes a cinco domínios específicos do autoconceito e uma sub-escala para a avaliação da auto-estima. No final da escala surge, ainda,

outra escala (“Qual a importância destas coisas?”) constituída por 10 itens (dois para cada domínio específico do autoconceito) que remetem para o quanto as diferentes dimensões são importantes para a criança, permitindo calcular a discrepância entre os julgamentos de competência da criança na sua auto-percepção (“Como é que eu sou?”) e o seu julgamento da importância de cada um dos cinco domínios (“Qual a importância destas coisas?”). Neste estudo utilizámos apenas os dados relativos aos julgamentos de competência nas dimensões do autoconceito e à auto-estima, pelo que nos vamos limitar à caracterização dessa escala (“Como é que eu sou?”).

Assim, a escala principal é composta por 36 itens distribuídos por seis sub-escalas, como já referido, cada uma composta por seis itens, sendo que cinco dessas sub-escalas dizem respeito a cinco domínios específicos do autoconceito (Competência Escolar, Aceitação Social, Competência Atlético, Aparência Física e Comportamento) e outra destina-se a avaliar a Auto-Estima Global (Martins et al., 1995), também já mencionado.

Dentro da Competência Escolar, os itens desta sub-escala avaliam a percepção da criança relativamente à sua competência ou aptidão no domínio do desempenho escolar. Os itens da sub-escala Aceitação Social avaliam a percepção da criança relativamente à sua aceitação por outras crianças e ao seu sentimento de popularidade entre elas. Os itens da Competência Atlético avaliam a percepção da criança relativamente à sua competência em actividades desportivas ou jogos de ar livre. Relativamente à Aparência Física, os itens desta sub-escala avaliam o grau de satisfação da criança relativamente à sua aparência (aspecto físico, peso, altura, entre outros). De acordo com o Comportamento, os itens desta sub-escala avaliam a percepção da criança relativamente ao modo como se comporta. Por fim, em relação à Auto-Estima Global, os itens desta sub-escala avaliam até que ponto a criança gosta dela enquanto pessoa e se está satisfeita com a sua forma de ser (Martins et al., 1995).

Tal como podemos verificar através da Figura 1, seguidamente exposta, são apresentadas duas afirmações, dando, assim, a oportunidade à criança de tomar duas decisões: 1) a escolha do tipo de criança com que mais se assemelha; 2) o grau dessa semelhança de acordo com a afirmação seleccionada (“Sou tal e qual assim” ou “Sou um bocadinho assim”), assim minimiza-se a tendência para respostas socialmente desejáveis (Martins et al., 1995).

Figura 1 – Item exemplo da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes

Sou Tal e Qual Assim	Sou um Bocadi- nho Assim	Algumas crianças acham que são tão inteligentes como outras crianças da sua idade.	MAS	Outras não têm a certeza e duvidam que sejam tão inteligentes.	Sou um Bocadi- nho Assim	Sou Tal e Qual Assim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Os itens são apresentados de forma a que metade, ou seja, três itens de cada dimensão, reflectam uma alta competência e a outra metade reflecta uma baixa competência, como podemos ver no exemplo apresentado através da Figura 1, em que a primeira afirmação reflecte uma alta competência e a segunda, uma baixa competência. Os itens de cada sub-escala vão aparecendo de forma alternada ao longo de toda a escala e pela seguinte ordem: 1 – competência escolar; 2 – aceitação social; 3 – competência atlética; 4 – aparência física; 5 – comportamento; 6 – auto-estima global (Martins et al., 1995). Através da Tabela 5, apresentada em seguida, podemos ver quais os itens pertencem a cada dimensão.

Tabela 5 – Itens correspondentes às sub-escalas da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes

Sub-Escalas	Nº dos Itens
Competência Escolar	1; 7; 13; 19; 25; 31
Aceitação Social	2; 8; 14; 20; 26; 32
Competência Académica	3; 9; 15; 21; 27; 33
Aparência Física	4; 10; 16; 22; 28; 34
Comportamento	5; 11; 17; 23; 29; 35
Auto-Estima Global	6; 12; 18; 24; 30; 36

No que diz respeito à cotação, os itens são cotados de 1 a 4, sendo que 1 corresponde a uma baixa competência percebida e 4 uma alta competência percebida (Martins et al., 1995). No caso da sub-escala auto-estima global, o 1 corresponderá à existência de baixos sentimentos de auto-valoração, e o 4 a fortes sentimentos de valoração pessoal.

A Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes (Peixoto & Almeida, 1999; Peixoto, 2003) conta com mais dimensões do autoconceito para além das que já encontrámos na anterior escala e da sub-escala Auto-Estima (Competência Escolar, Aceitação Social, Competência Atlética, Aparência Física, Comportamento), são elas a Atracção Romântica (os itens desta sub-escala permitem a avaliação da percepção do adolescente em relação à sua capacidade para atrair romanticamente aqueles por quem se sente atraído), as Amizades Íntimas (os itens desta sub-escala permitem a avaliação da percepção do sujeito relativamente à sua capacidade para fazer e manter amigos íntimos), a Competência a Língua Materna (esta sub-escala pretende avaliar a percepção do sujeito relativamente ao seu domínio do Português) e Competência a Matemática (os itens desta sub-escala pretendem avaliar a percepção das capacidades matemáticas do sujeito) (Peixoto & Almeida, 1999; Peixoto, 2003). A presente escala contém, também, a Escala de Importância que é constituída por 18 itens, sendo dois itens referentes a cada domínio específico, no entanto, tal como referimos anteriormente, apenas

utilizámos os dados relativos aos julgamentos de competência nas dimensões do autoconceito e à auto-estima, pelo que nos vamos cingir à caracterização da escala principal.

O formato desta escala diferencia-se da escala anteriormente vista, existindo apenas uma afirmação em vez de duas, como podemos verificar através do exemplo exibido na Figura 2, seguidamente apresentada. De acordo com Peixoto (2003) a opção por este formato permite uma aplicação mais rápida e a obtenção de melhores resultados comparativamente ao formato original, no que refere à fidedignidade, validade convergente e validade factorial.

Figura 2 – Item exemplo da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes

	Exactamente como eu	Como eu	Diferente de mim	Completam ente diferente de mim
Alguns jovens acham que são melhores a praticar desporto do que os outros jovens da sua idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quanto à formulação dos itens, cerca de metade são formulados na positiva enquanto que os restantes são formulados na negativa.

As diferentes sub-escalas vão aparecendo de forma alternada ao longo de toda a escala, para os 53 itens que a constituem, e pela ordem seguinte: 1 – competência escolar; 2 – aceitação social; 3 – competência atlética; 4 – aparência física; 5 – atracção romântica; 6 – comportamento; 7 – amizades íntimas; 8 – competência em língua materna; 9 – competência em matemática; 10 – auto-estima global (Peixoto & Almeida, 1999; Peixoto, 2003). Através da Tabela 6, seguidamente apresentada, podemos ver quais os itens pertencem a cada dimensão.

Tabela 6 – Itens correspondentes às sub-escalas da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes

Sub-Escalas	Nº dos Itens
Competência Escolar	1; 11; 21; 31; 41
Aceitação Social	2; 12; 22; 32; 42
Competência Académica	3; 13; 23; 33; 43
Aparência Física	4; 14; 24; 34; 44; 52
Atracção Romântica	5; 15; 25; 35; 45; 51
Comportamento	6; 16; 26; 36; 46
Amizades Íntimas	7; 17; 27; 37; 47
Competência de Língua Materna	8; 18; 28; 38; 48
Competência de Matemática	9; 19; 29; 39; 49
Auto-Estima Global	10; 20; 30; 40; 50; 53

A cotação das respostas é efectuada da mesma forma que o instrumento anterior, atribui-se uma pontuação de 1 a 4, de modo a que a pontuação 4 reflecta uma alta competência percebida ou uma elevada importância atribuída e a pontuação 1 corresponda a uma baixa competência percebida ou fraca importância atribuída.

De acordo com Ribeiro (2004), a avaliação dos comportamentos e saúde pode ser feita de dois modos: 1) o mais eficaz será observar as pessoas numa base de 24 sobre 24 horas ou em períodos alargados de tempo pré-determinados; 2) a outra forma consiste em perguntar às pessoas sobre o modo como se costumam comportar. Como o primeiro modo é um processo dispendioso de recolher informação, raramente se utiliza (talvez num estudo de caso), pelo que no presente estudo optámos por recorrer ao uso de um questionário. O presente questionário (Anexo E) é uma adaptação do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) de Ribeiro (2004) que, por sua vez, é a adaptação portuguesa do *Lifestyle Assessment Questionnaire* (LAQ) de Hettler. O QACS (Anexo F) foi adaptado à população portuguesa, tendo apenas utilizado categorias designadas por físicas pelo autor original (Hettler, 1982 cit. por Ribeiro, 2004) no sentido em que se reportam a comportamentos, acções ou intenções comportamentais, são elas o Exercício Físico, Físico Nutricional, Autocuidado Físico, Segurança Física relacionada com Veículos e Aspectos Físicos relacionados com Drogas, sendo composta por 28 itens distribuídos pelas diferentes categorias.

Considerando a temática a que nos pretendíamos investigar e a constituição da nossa amostra não só por adolescentes, mas também por pré-adolescentes, após a análise dos itens do QACS decidimos readaptar o presente questionário aos nossos objectivos e amostra, reduzindo-a a apenas três categorias: Exercício Físico, Nutrição e Autocuidado. Assim, dos 28 itens que constituíam a escala, ficámos com 19 itens, alguns já presentes na escala original e outros acrescentados por se direccionarem mais para o tema do estudo. Através da Tabela 7, exposta em seguida, podemos observar a distribuição dos itens pelas três categorias do nosso questionário.

Tabela 7 – Itens correspondentes às categorias do Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável

Categorias	Nº dos Itens
Exercício Físico	2; 9; 18
Nutrição	1; 4; 6; 8; 11; 13; 19
Autocuidado	3; 5; 7; 10; 12; 14; 15; 16; 17

De acordo com Ribeiro (2004), o questionário constitui uma lista de classificação (*rating scale*), ou seja, os itens são agrupados como uma lista. Sendo assumidos como uma lista, a exploração da relação entre os itens não é necessária, contrariamente a uma escala, como é o caso do instrumento analisado anteriormente (Escala de Autoconceito e Auto-Estima). Assim, os itens não têm de responder a uma ordem de apresentação, nem tem de existir um número equivalente de itens para cada categoria, como é o caso do nosso questionário, como podemos verificar através da Tabela 7. Um dos itens do QACS “*Devido aos efeitos da cafeína deve-se beber coca-cola para manter um estilo de vida saudável*” (item 15 da nossa escala) originalmente integrado na categoria Uso de Drogas ou Similares, uma vez que não utilizámos esta categoria no nosso estudo, agrupámos o item à categoria Autocuidado.

Para a escolha dos novos itens do nosso questionário, procurámos ir ao encontro da actual realidade dos jovens ocidentais (Vaz et al., 2010), incluindo assuntos que referissem refrigerantes, cadeias de *fast-food*, excessiva utilização de televisão e computador e integração de frutas e vegetais na dieta diária dos jovens, inserindo-nos nas diferentes categorias.

Ao passo que no questionário de Ribeiro (2004) as perguntas referem-se ao modo como as pessoas se costumam comportar, o nosso questionário procurou formular afirmações que fizessem os nossos jovens responder de acordo com as suas percepções de promoção ou manutenção de um estilo de vida saudável relativamente a cada item apresentado. Assim, na categoria Exercício Físico sugeria que o jovem respondesse de acordo com as suas percepções sobre empenhamento em manter uma boa condição física como um hábito de saúde; a categoria Nutrição implicava que o jovem respondesse em consentimento com as suas representações de estilo de vida saudável relativamente à escolha de alimentos; e a categoria Autocuidado insinuava uma resposta por parte do jovem sobre as suas concepções relativamente a comportamentos que facilitam a prevenção ou a detecção precoce de doenças e, consequentemente, contribuam para um estilo de vida saudável. Em relação aos itens, alguns eram constituídos por afirmações que implicavam que o sujeito concordasse e outras que discordasse, em função das suas concepções. Na Figura 3, apresentada seguidamente, podemos ver um item exemplo do nosso questionário.

Figura 3 - Item exemplo do Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável

	Concordo Totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
1-Ter cuidado com a alimentação contribui para um estilo de vida saudável					

No que refere à cotação dos itens, atribui-se uma pontuação de 1 a 5, em que a pontuação 5 reflecte uma percepção totalmente correcta dos conteúdos (inerentes a cada item) poderem contribuir ou não para um estilo de vida saudável e, pelo contrário, a pontuação 1 reflecte uma percepção totalmente incorrecta acerca das implicações dos conteúdos nos hábitos de saúde. Ou seja, de acordo com o exemplo dado pela Figura 3, uma vez que a afirmação sugere que se concorde para que haja uma boa percepção, as pontuações para este item seriam: 5 – Concordo Totalmente; 4 – Concordo; 3 – (será sempre) Não Concordo; Nem Discordo; 2 – Discordo; 1 – Discordo Totalmente.

2.3.2. Análise das Propriedades Psicométricas

Relativamente à análise das propriedades psicométricas das Escalas de Autoconceito e Auto-Estima, uma vez que estes instrumentos já se encontram validados para a população portuguesa, procedeu-se apenas à análise do grau de fiabilidade para as diferentes sub-escalas.

Tabela 8 – Valores de Alfa de Cronbach para cada sub-escala da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes

Sub-escalas	Alfa de Cronbach
Competência Escolar	.47
Aceitação Social	.36
Competência Atlética	.32
Aparência Física	.77
Comportamento	.72
Auto-Estima	.76

Considerando que um instrumento é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando o alfa é pelo menos 0.70 (Nunnally, 1978 cit. por Maroco & Garcia-Marques, 2006), como podemos observar na Tabela 8, relativamente à Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes, as três últimas sub-escalas apresentam valores de alfa aceitáveis, todavia as três primeiras estão muito abaixo dos valores que permitem uma fiabilidade aceitável, podendo estes estar associados a respostas ao acaso ou à má interpretação de itens.

De acordo com Maroco e Garcia-Marques (2006), através da análise conjunta do R^2 e dos valores do “*alfa se o item for eliminado*” que surgem nos *Outputs* do programa SPSS (Anexo G) ao analisarmos o grau de fiabilidade, podemos perceber qual a qualidade dos itens e o seu contributo para a consistência interna da escala, podendo ser eliminados os itens cuja remoção aumente consideravelmente o alfa da escala. Enquanto que nas sub-escalas Competência Escolar e

Competência Atlética foi claramente visível que independentemente da remoção de alguns itens, o alfa ficaria longe de ser aceitável, na sub-escala Aceitação Social conseguimos aumentar de forma considerável a consistência interna com a remoção de quatro itens (itens n.º 14, 20, 26 e 32), ficando o alfa a 0.64, com os itens n.º 2 (“*Algumas crianças acham difícil fazer amigos MAS Outras acham muito fácil fazer amigos*”) e n.º 8 (“*Algumas crianças têm muitos amigos MAS Outras não têm muitos amigos*”) da presente sub-escala.

Sabemos que quanto maior for o número de itens, maior será o valor de alfa e menor de erro padrão (Maroco & Garcia-Marques, 2006), no caso da presente sub-escala, verificou-se ser mais fiável utilizar apenas dois itens, em vez dos seis itens originais, uma vez que, embora o alfa sugira uma baixa fiabilidade, não é inaceitável, de acordo com Murphy e Davidsholder (1988 cit. por Maroco & Garcia-Marques, 2006) e revela ter mais consistência com a utilização de apenas dois itens. Assim, aquando da análise dos resultados, excluïremos as sub-escalas Competência Escolar e Competência Atlética e consideraremos a sub-escala Aceitação Social.

Considerando a interpretação efectuada para a anterior escala, através da Tabela 9, seguidamente apresentada, podemos verificar que relativamente à Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes, apenas as sub-escalas Competência Escolar e Competência a Língua Materna apresentaram valores de alfa abaixo da fiabilidade aceitável, enquanto que as restantes sub-escalas revelaram uma fiabilidade moderada a elevada, de acordo com os critérios de recomendação de Murphy e Davidsholder (1988 cit. por Maroco & Garcia-Marques, 2006) (Anexo H).

Tabela 9 – Valores de Alfa de Cronbach para cada sub-escala da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes

Sub-escalas	Alfa de Cronbach
Competência Escolar	.66
Aceitação Social	.85
Competência Atlética	.78
Aparência Física	.91
Atracção Romântica	.78
Comportamento	.77
Amizadas Íntimas	.72
Competência a Língua Materna	.59
Competência a Matemática	.90
Auto-Estima	.79

No caso da sub-escala Competência a Língua Materna, mesmo com a remoção de alguns itens não foi possível aumentar o valor de alfa, no entanto, não seria uma sub-escala com a qual poderíamos trabalhar, uma vez que não é possível fazer comparações com a Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes, dado que esta não contém a presente sub-escala. Relativamente à Competência Escolar, reduzindo a sub-escala a dois itens, ao item n.º 11 (*“Alguns jovens não conseguem obter bons resultados nos testes”*) e item n.º 31 (*“Alguns jovens percebem tudo o que os professores ensinam nas aulas”*), conseguiu-se obter um alfa de 0.70 e visivelmente mais consistente. Porém, também não será possível trabalhar com esta sub-escala em termos comparativos, visto que não iremos trabalhar com a mesma na anterior escala, uma vez que o alfa apresentou uma fiabilidade inaceitável na Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes.

Assim, para a análise dos nossos resultados relativamente às escalas de Autoconceito e Auto-Estima, teremos apenas em consideração para comparação entre escalas, as sub-escalas Aceitação Social, Aparência Física, Comportamento e Auto-Estima Global, uma vez que estão presentes em ambas as escalas e apresentaram uma fiabilidade aceitável.

Antes de passarmos à análise das propriedades psicométricas do próximo questionário, importa referir que, como iremos verificar mais à frente na apresentação e análise dos resultados, procedemos à comparação da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para crianças e pré-adolescentes com a Escala de Autoconceito e Auto-Estima para adolescentes. Embora sejam duas escalas diferentes, como já pudemos constatar, tanto quanto à estrutura, como quanto à formulação e número de itens, as sub-escalas que nos pretendemos a analisar e comparar, são as mesmas nas duas escalas e são definidas de forma idêntica pelos vários autores (Martins et al., 1995; Peixoto & Almeida, 1999; Peixoto, 2003). Numa análise a ambas as escalas, é claro que a maioria dos itens das sub-escalas em questão (aparência física, comportamento, aceitação social e auto-estima global) remetem para questões muito semelhantes, como podemos verificar através do seguinte exemplo: item n.º 8 da dimensão aceitação social na escala para crianças e pré-adolescentes – *“Algumas crianças têm muitos amigos MAS Outras não têm muitos amigos”* e item n.º 12 da dimensão aceitação social na escala para adolescentes – *“Alguns jovens têm muitos amigos”*. Assim, apesar dos itens estarem formulados de modo a serem mais perceptíveis para a população a que se destinam, pretendem avaliar auto-percepções análogas.

Com o objectivo de analisar a estrutura factorial do Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável, efectuou-se uma análise factorial exploratória com o método de extracção de componentes principais seguida de rotação *Varimax* efectuada sobre os 19 itens.

Numa primeira análise factorial (Anexo I) surgiram 6 factores que agruparam diferentes itens das várias categorias. Partindo desta primeira análise, efectuaram-se novas análises factoriais (Anexo I) primeiro com definição prévia de 3 factores e, posteriormente de 2 factores, ambas com rotação *Varimax*, nas quais tornaram a ficar agrupados itens correspondentes a diferentes categorias, havendo um máximo de 4 itens por cada categoria. A partir destas análises, foram eliminados itens que apresentaram cargas factoriais não inferiores a 0.50 e/ou que apresentavam um conteúdo discrepante com o conteúdo do agrupamento dos itens, bem como os itens correspondentes à categoria Exercício Físico, uma vez que aparentemente não se isolavam num único factor, optámos por retirar estes itens da análise. Adicionalmente, para reforçar os argumentos que levaram a esta decisão, realizámos uma ANOVA da consistência interna dos três itens (Anexo J), verificando que era demasiado baixa, sendo o alfa de 0.44. Seguidamente, tornámos a realizar nova análise factorial (Anexo I) a 9 itens e com definição prévia de 2 factores, da qual ficaram agrupados, no primeiro factor, itens maioritariamente da categoria Nutrição e no segundo factor, apenas itens correspondentes à categoria Autocuidado. No entanto, ao efectuarmos nova análise (Anexo I) em que retiramos o item 10, pertencente à categoria Autocuidado, mas que surgia agrupado no factor 1 (maioritariamente com itens da categoria Nutrição), surgiram apenas dois itens do Autocuidado agrupados no factor 2, enquanto que outros dois itens da mesma categoria e quatro da categoria Nutrição apareceram agrupados no factor 1. Na última análise factorial (Anexo I), que podemos verificar através da Tabela 10, posteriormente apresentada, retirámos os itens 5 e 7 correspondentes à categoria Autocuidado e que surgiam agrupados na categoria Nutrição, obtendo, assim, uma solução factorial constituída por 7 itens distribuídos por dois factores, sendo que o conjunto destes factores permite explicar 62.3% da variância encontrada. O facto de ter sido excluída a maioria dos itens pode prender-se com a sua formulação e consequentes dificuldades de interpretação dos itens por parte dos participantes, pois procurou-se que não fossem excessivamente simples, a ponto de a totalidade dos participantes responder correctamente, pelo que a sua formulação parece ter-se revelado demasiado complexa, reduzindo significativamente a consistência do instrumento. Os itens careceriam de uma reformulação de forma a torná-los mais simples e compreensíveis para estes grupos etários.

A Tabela 10 permite-nos verificar que, de um modo geral, o grau de saturação dos itens com o correspondente factor é aceitável, apresentando a maioria dos itens cargas factoriais superiores a .70, existindo apenas um item (item 13) com níveis mais baixos de saturação (inferiores a .45). O primeiro factor encontrado é definido por quatro itens da categoria Nutrição, explicando 45.60% da variância total e valor próprio = 2.74 e o segundo factor é definido por

dois itens da categoria Autocuidado e apresenta uma variância explicada de 16.70% e valor próprio = 1.00.

Tabela 10 – Análise Factorial com rotação *Varimax* para os itens do Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável

Item	Factor 1	Factor 2
4_Nutrição (Ingerir frequentemente alimentos ricos em gordura contribui para um estilo de vida saudável)	.724	.217
6_Nutrição (Os alimentos com elevados níveis de açúcar devem ser ingeridos com frequência e sem controlo)	.720	.387
13_Nutrição (Ingerir alimentos com muito sal contribui para um estilo de vida saudável)	.426	.335
15_Autocuidado (Devido aos efeitos da cafeína, deve-se beber coca-cola para manter um estilo de vida saudável)	.226	.832
16_Autocuidado (Passar muitas horas em frente à televisão ou computador ajuda a manter um estilo de vida saudável)	.124	.901
19_Nutrição (Para manter um estilo de vida saudável é importante excluir as frutas e vegetais da nossa alimentação)	.794	.017
Valor Próprio	2.74	1.00
% Variância Explicada	45.60%	16.70%

Seguidamente, procedeu-se à análise do grau de fiabilidade das categorias Nutrição e Autocuidado do Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável para a amostra total (Anexo K). Através da Tabela 11, apresentada em seguida, podemos verificar que para a categoria do Autocuidado o valor de alfa é de 0.77, o que revela um grau de fiabilidade positivo, pois encontra-se acima dos 0.70 (Nunnally, 1978 cit. por Maroco & Garcia-Marques, 2006). No caso da categoria Nutrição, esta revelou estar no limiar do grau de fiabilidade aceitável, sendo o alfa de 0.66. Porém, de acordo com os autores Murphy e Davidsholder (1988 cit. por Maroco & Garcia-Marques, 2006) embora o alfa indique uma baixa fiabilidade, esta não é uma fiabilidade inaceitável, seria se o alfa fosse inferior a 0.60. Reforçando os argumentos que nos levam a trabalhar com estes itens, apesar do baixo grau de fiabilidade, Maroco e Garcia-Marques (2006) afirmam que o alfa de Cronbach não faz suposições relativamente à homogeneidade das variâncias-covariâncias inter-itens, pelo que subestima a verdadeira consistência de uma medida. De acordo com os autores, raramente os itens de um instrumento revelam a mesma variabilidade

e/ou grau de dificuldade, existindo uma tendência para o alfa subavaliar a fiabilidade total de uma medida, estimando de forma conservadora a verdadeira fiabilidade.

Tabela 11 – Valores de Alfa de Cronbach para cada categoria do Questionário das Representações de Estilo de Vida Saudável

Categorias	Alfa de Cronbach
Nutrição	.66
Autocuidado	.77

2.4. Procedimentos de Recolha

A primeira fase do processo de recolha de dados passou pela apresentação do objectivo do estudo e respectivo pedido de autorização junto do órgão de administração e gestão do agrupamento de escolas onde se pretendia recolher os dados para a realização do presente estudo. Após ter sido aprovado, procedeu-se à transmissão de informação acerca do estudo e objectivos do mesmo junto dos directores das turmas a envolver no estudo (todas as turmas do 2º e 3º ciclos). Seguidamente, foram entregues as autorizações, quer directamente aos alunos, quer aos directores de turma, dependente da disponibilidade dos últimos. Pretendia-se que as autorizações chegassem aos encarregados de educação para que estes fossem informados acerca do presente estudo e autorizassem os seus educandos a participar. Posteriormente à recepção de algumas autorizações, foi efectuada uma selecção da amostra, excluindo-se os alunos que não devolveram as autorizações ou que não foram autorizados pelos encarregados de autorização a participar no estudo. De acordo com a disponibilidade de horário dos directores de turma e com as avaliações curriculares dos alunos, procedeu-se à calendarização das datas para a recolha de dados, em conjunto com os directores de turma. Uma vez que nos aproximávamos do final do ano lectivo, não foi possível recolher a totalidade dos dados no mesmo período, pelo que em metade das turmas participantes no estudo, a aplicação dos instrumentos foi efectuada entre Maio e Junho de 2013 e na restante metade, a aplicação foi realizada entre Outubro e Novembro de 2013.

No momento da recolha de dados procedeu-se, primeiramente, a uma breve apresentação sobre o que se pretendia analisar com as respostas dos alunos aos instrumentos, bem como do estudo em si. Antes da distribuição dos instrumentos pelos participantes, procurou-se clarificar que a confidencialidade dos dados era garantida e que não haviam respostas certas ou erradas, apenas tinham de responder de acordo com o que pensavam ou com o que mais se identificavam. Ainda nesta fase pré-distribuição, foi explicado cada instrumento e a forma como deveriam responder em cada um, recorrendo-se à exemplificação no quadro para que as instruções fossem

bem compreendidas. Em seguida, procedeu-se à distribuição dos instrumentos pelos alunos, procurando-se esclarecer todas as dúvidas que iam surgindo durante a aplicação dos mesmos.

Para a obtenção do IMC dos participantes, recorreu-se ao coordenador da disciplina de Educação Física. Este disponibilizou-se a fornecer uma lista com o peso e altura dos participantes que foram medidos e pesados durante as aulas da mesma disciplina. À medida que os alunos iam entregando os seus questionários, verificava-se, primeiro, se os alunos tinham respondido a todos os itens e, em seguida, perguntava-se o número do aluno e, recorrendo à mesma lista fornecida pelo coordenador, atribuía-se o peso e altura do aluno para posterior cálculo do IMC e atribuição de percentis com recurso às curvas do Center for Disease Control and Prevention dos EUA que constam do Guia da Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil, uma publicação conjunta da DGS com Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) (2011). Para garantir o anonimato dos questionários, uma vez que constavam nas listas os números dos alunos, estas eram destruídas na frente dos participantes, assim que todos tivessem entregue.

De um modo geral, o processo de recolha de dados em cada turma teve a duração de um tempo lectivo da disciplina disponibilizada para tal. A ordem da aplicação dos instrumentos foi igual para todos os participantes, primeiro responderam ao Questionário Sóciodemográfico, em seguida à Escala de Autoconceito e Auto-Estima e por último ao Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável.

Importa referir que a aplicação foi efectuada sempre pelo mesmo indivíduo, no entanto houve turmas em que o professor esteve presente e outras em que esteve ausente e, ainda, houve turmas em que todos os alunos estavam a participar e outras em que alguns alunos (por não estarem autorizados a participar na recolha de dados e não ser possível deslocá-los para outro local) estavam, simultaneamente à aplicação, a realizar actividades orientadas pelo professor.

2.5. Procedimentos de Análise de Dados

Após o procedimento de recolha, procedeu-se à inserção dos dados através dos instrumentos, em base de dados. De acordo com os objectivos do presente estudo, recorreu-se ao SPSS (versão 22.0) para a análise estatística necessária para responder às questões levantadas.

Antes de procurar esclarecer as questões, procedeu-se, primeiramente, a alguns cálculos de estatística descritiva, nomeadamente frequências, médias e desvios-padrão obtidos através do Questionário Sóciodemográfico, com o objectivo de efectuar a caracterização da amostra.

Em seguida, realizou-se a análise factorial do Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável, com extracção de factores através do método das componentes principais, com rotação *Varimax*, como já referido na temática Análise das Propriedades Psicométricas,

anteriormente tratada. Após esta análise, verificou-se a consistência interna, através do alfa de Cronbach, das Escalas de Autoconceito e Auto-Estima e do Questionário de Representações de Estilos de Vida Saudável, para avaliar o grau de fiabilidade tanto das diferentes sub-escalas do autoconceito e da auto-estima, como das várias categorias das percepções de hábitos de saúde.

Relativamente à análise dos dados, esta foi efectuada com recurso a análises de variância univariada e multivariada, através dos valores médios obtidos nas diferentes dimensões e categorias. Para verificar se existiam diferenças nos valores médios das várias dimensões do autoconceito (aparência física, comportamento e aceitação social) entre jovens com excesso de peso e não obesos, em função do género e idade (pré-adolescentes e adolescentes), procedeu-se à análise multivariada de variância (hipóteses 1 a 5; questões de investigação 1 a 6). Para responder às hipóteses e questões de investigação que dizem respeito a possíveis diferenças nos níveis médios de auto-estima global entre jovens pré-obesos/obesos e não obesos, em função do género e idade, realizou-se uma análise univariada de variância (hipóteses 6 e 7; questões de investigação 7 e 8). Na tentativa de averiguar as possíveis diferenças nos valores médios das diferentes categorias das representações de estilos de vida saudável (nutrição e autocuidado) entre jovens com excesso de peso e não obesos, em função do género e idade, recorreu-se, mais uma vez, à análise de variância multivariada (hipótese 8; questões de investigação 9 a 12).

Para a análise de todos os dados, foi adoptado o nível de significância de 0.05. No que refere às análises multivariadas de variância, serão apresentados o resultado no critério Pillai.

3. Apresentação e Análise dos Resultados

Nesta etapa do presente estudo, pretende-se analisar os dados referentes aos resultados obtidos através dos diferentes instrumentos utilizados: Escalas de Autoconceito e Auto-Estima e Questionário de Representações de Estilos de Vida Saudável. Efectuou-se a presente análise tendo por base as hipóteses e questões de investigação inicialmente colocadas com a finalidade de avaliar as possíveis diferenças entre os participantes, em função do grupo etário, género e estado nutricional, ao nível das várias dimensões do autoconceito (aparência física, comportamento e aceitação social), da auto-estima e das diferentes categorias das percepções de hábitos de saúde (nutrição e autocuidado). Serão apresentados alguns dados considerados mais relevantes através de tabelas com as médias e desvios-padrão das respostas conseguidas, podendo consultar-se os *outputs* obtidos nos anexos que vão sendo referidos em cada análise.

Assim, começaremos por analisar os resultados relativos às possíveis diferenças entre jovens pré-obesos/obesos e não obesos nas várias dimensões do autoconceito, primeiro, em

função da idade e, posteriormente, em função do género. Seguidamente, serão considerados os resultados referentes a possíveis diferenças entre jovens pré-obesos/obesos e não obesos ao nível da auto-estima global, considerando-se, em primeiro lugar, a idade e, em seguida, o género. Por último, analisaremos os resultados que dizem respeito a possíveis diferenças entre jovens pré-obesos/obesos e não obesos nas várias categorias das representações de estilos de vida saudável, começando pela análise em função da idade, seguida de uma análise em função do género.

3.1. Associações nas várias dimensões do autoconceito, em função da idade e grau de obesidade

Neste ponto pretende-se compreender os efeitos das variáveis grupo etário (pré-adolescência ou adolescência) e IMC (pré-obesidade/obesidade ou não obesidade) sobre as diferentes dimensões do autoconceito (aparência física, comportamento e aceitação social), procurando responder às questões inicialmente colocadas (hipóteses 1 e 4; questões de investigação 1, 4 e 6). Para constatar tais efeitos procedemos a uma análise multivariada da variância (Anexo L), da qual foi verificada uma tendência para existirem efeitos principais de idade (*Pillai's Trace*=.065, $F(3, 101)=2.33$, $p=.079$) e uma inexistência de efeitos principais de IMC (*Pillai's Trace*=.046, $F(3, 101)=1.61$, $p=.193$), não se verificando efeitos de interacção.

Tabela 12 – Médias e desvios-padrão nas dimensões do autoconceito, em função da idade e nível de obesidade

	PA		A	
	N	PO/O	N	PO/O
AF	2.77 (.77)	2.44 (1.04)	2.74 (.71)	2.40 (.88)
C	2.87 (.70)	2.58 (.73)	3.07 (.49)	3.02 (.58)
AS	2.94 (.92)	2.97 (.96)	3.17 (.57)	2.84 (.86)

Legenda: PA – Pré-Adolescentes; A – Adolescentes; N – Normal (Não Obesos); PO/O – Pré-Obesos/Obesos; AF – Aparência Física; C – Comportamento; AS – Aceitação Social

Relativamente à dimensão aparência física, verifica-se a inexistência de diferenças significativas entre grupos ($F(1, 103)=.036$, $p=.850$), pelo contrário, existe uma semelhança entre os resultados obtidos pelos pré-adolescentes e adolescentes, como podemos observar através da Tabela 12. No entanto, verifica-se a existência de uma tendência para os jovens não obesos apresentarem uma competência percebida superior aos jovens com excesso de peso ($F(1, 103)=3.76$, $p=.055$), quer no grupo dos pré-adolescentes, quer nos adolescentes. Assim, não podemos confirmar a hipótese que postula a obtenção de uma competência percebida superior

por parte dos jovens não obesos, comparativamente aos jovens pré-obesos e obesos (hipótese 1). Igualmente, não foi possível confirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos/obesos e não obesos ao nível da dimensão aparência física (questão de investigação 1).

A tendência para a existência de efeitos principais da variável idade, traduz-se numa diferença ao nível da dimensão comportamento ($F(1, 103)=6.72, p=.011$), em que o grupo dos adolescentes apresenta valores médios superiores relativamente ao grupo dos pré-adolescentes, quer nos jovens não obesos, quer nos jovens com excesso de peso. Porém, não existem diferenças significativas entre jovens pré-obesos/obesos e não obesos ($F(1, 103)=1.85, p=.176$), no entanto, através da Tabela 12 verificamos que os primeiros apresentam valores médios inferiores relativamente aos segundos, sendo esta diferença mais acentuada no grupo dos pré-adolescentes. Deste modo, podemos confirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre pré-adolescentes e adolescentes ao nível da dimensão comportamento, todavia não existem diferenças entre pré-obesos/obesos e não obesos (questão de investigação 4).

No que refere à dimensão aceitação social, podemos verificar que não existem diferenças significativas entre os jovens pré-obesos/obesos e não obesos ($F(1, 103)=.81, p=.371$), quer no grupo dos pré-adolescentes, quer nos adolescentes ($F(1, 103)=.10, p=.754$), porém, podemos verificar através da Tabela 12 que enquanto no grupo dos pré-adolescentes os valores médios são muito idênticos entre pré-obesos/obesos e não obesos, no grupo dos adolescentes, os jovens não obesos apresentam valores médios superiores, em comparação com os jovens excesso de peso. Assim, podemos confirmar a hipótese que pressupõe a inexistência de diferenças entre jovens pré-obesos/obesos e não obesos ao nível da dimensão aceitação social (hipótese 4). Simultaneamente, também não foram encontradas diferenças entre pré-obesos/obesos e não obesos, em função do grupo etário (questão de investigação 6).

Em termos de variabilidade de resultados, estes são muito semelhantes entre grupos, em função do grupo etário e de pré-obesidade/obesidade, existindo um padrão de respostas mais extremas dentro do grupo dos pré-obesos/obesos, sendo esta mais evidente nas dimensões aparência física (no caso dos pré-adolescentes) e aceitação social (no caso dos adolescentes).

3.2. Associações nas várias dimensões do autoconceito, em função do género e grau de obesidade

Nesta fase, pretendemos avaliar as possíveis diferenças nas várias dimensões do autoconceito (aparência física, comportamento e aceitação social) em função do género e do grau de obesidade, procurando responder às questões inicialmente colocadas (hipóteses 2, 3 e 5;

questões de investigação 2, 3 e 5). Para analisarmos estas diferenças procedemos a uma análise multivariada da variância (Anexo M), em que verificámos efeitos principais de género (*Pillai's Trace*=.135, $F(3, 101)=5.24$, $p=.002$) e uma inexistência de efeitos principais de IMC (*Pillai's Trace*=.045, $F(3, 101)=1.59$, $p=.196$), não se observaram efeitos de interacção.

Tabela 13 – Médias e desvios-padrão nas dimensões do autoconceito, em função do género e grau de obesidade

	N		PO/O	
	F	M	F	M
AF	2.58 (.85)	2.89 (.57)	2.10 (.87)	2.79 (.92)
C	3.02 (.54)	2.98 (.60)	2.98 (.76)	2.63 (.54)
AS	2.95 (.75)	3.21 (.66)	2.81 (.88)	3.01 (.92)

Legenda: N – Normal (Não Obesos); PO/O – Pré-Obesos/Obesos; F – Género Feminino;

M – Género Masculino; AF – Aparência Física; C – Comportamento; AS – Aceitação Social

Verificamos que o efeito principal de género se traduz em diferenças entre as raparigas e os rapazes ao nível da dimensão aparência física ($F(1, 103)= 9.63$, $p=.002$), que acontece tanto no grupo dos pré-obesos/obesos como nos não obesos, favorecendo os rapazes. Dentro da mesma dimensão existe, ainda, uma tendência para os jovens não obesos apresentarem valores médios superiores, em comparação com os jovens pré-obesos/obesos ($F(1, 103)=3.17$, $p=.078$), tanto no género masculino como feminino, como podemos observar na Tabela 13. Deste modo, não podemos confirmar a nossa hipótese, que postula a inexistência de diferenças entre raparigas e rapazes com excesso de peso (hipótese 2), uma vez que verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos. Em resposta à nossa questão de investigação, já observámos a ocorrência de diferenças de género e uma tendência para existirem diferenças entre os pré-obesos/obesos e não obesos, assim os rapazes e os jovens não obesos são os grupos que apresentam valores médios superiores na dimensão aparência física (questão de investigação 2).

Em relação à dimensão comportamento, não foram encontradas diferenças significativas entre rapazes e raparigas ($F(1, 103)=2.47$, $p=.119$), no entanto, podemos verificar através da Tabela 13 que as raparigas apresentaram valores médios superiores, em comparação com os rapazes, sendo esta diferença mais acentuada dentro do grupo dos pré-obesos/obesos. Igualmente entre grupos com e sem prevalência de pré-obesidade/obesidade, não foram verificadas diferenças ($F(1, 103)=2.62$, $p=.109$), porém, em termos gerais, podemos observar que os jovens não obesos apresentam valores médios superiores ao nível do comportamento, relativamente aos jovens com excesso de peso. Assim, podemos confirmar a nossa hipótese, que

pressupõe a não ocorrência de diferenças entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos, em termos de comportamento (hipótese 3). Quanto à nossa questão de investigação, não podemos afirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos, todavia podemos verificar a existência de valores médios superiores no género feminino e no grupo dos não obesos (questão de investigação 3).

No que concerne à dimensão aceitação social, não são encontradas quer diferenças de género ($F(1, 103)=2.22, p=.139$), quer diferenças entre pré-obesos/obesos e não obesos ($F(1, 103)=1.14, p=.288$). Portanto, podemos concluir que a hipótese de as raparigas com excesso de peso apresentarem uma competência percebida superior, relativamente aos rapazes com excesso de peso, não pode ser confirmada (hipótese 5), pelo contrário, podemos verificar através da Tabela 13 que em termos gerais as raparigas apresentaram valores médios inferiores, quando comparadas com os rapazes. Assim, podemos igualmente ultimar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos (questão de investigação 5), no entanto os rapazes apresentam valores médios superiores e, tal como nas dimensões anteriormente analisadas, também o grupo dos jovens não obesos.

Em termos gerais de variabilidade de resultados, existe novamente um padrão de maior dispersão nos jovens com pré-obesidade e obesidade.

3.3. Associações na auto-estima global, em função da idade e grau de obesidade

No presente ponto, pretendemos avaliar as possíveis diferenças na auto-estima global em função da idade e do estado nutricional dos participantes, procurando responder às questões inicialmente colocadas (hipótese 6; questão de investigação 7). Para verificarmos tais diferenças procedemos a uma análise univariada da variância (Anexo N).

Tabela 14 – Médias e desvios-padrão na sub-escala auto-estima global, em função da idade e grau de obesidade

	PA		A	
	N	PO/O	N	PO/O
AEG	3.13 (.65)	2.64 (.84)	2.89 (.56)	2.64 (.81)
TOTAL	2.93 (.76)		2.82 (.64)	

Legenda: PA – Pré-Adolescentes; A – Adolescentes; N – Normal (Não Obesos); PO/O – Pré-Obesos/Obesos; AEG – Auto-Estima Global

A análise univariada mostra um efeito de IMC sobre a auto-estima global ($F(1, 103)=6.89, p=.01$), que se traduz em diferenças significativas entre os jovens não obesos e pré-

obesos/obesos, favorecendo os primeiros, pelo que não podemos confirmar a nossa hipótese, que pressupõe a inexistência de diferenças entre os dois grupos, no que refere à auto-estima global, em função da prevalência ou não prevalência da doença de foro nutricional (hipótese 6). Por outro lado, não foi verificado um efeito de idade sobre a presente variável ($F(1, 103)=.68$, $p=.413$). Assim, em resposta à nossa questão de investigação inicialmente colocada (questão de investigação 7), podemos concluir que existem diferenças significativas ocorrentes de um efeito de IMC sobre a auto-estima global, sendo os não obesos que apresentam valores médios superiores, em comparação aos jovens pré-obesos/obesos e, no que refere às diferenças entre grupos etários, estas não são significativas, porém, através da Tabela 14, podemos verificar que os pré-adolescentes não obesos apresentam valores médios superiores, relativamente aos adolescentes não obesos, sendo os valores médios muito semelhantes entre pré-adolescentes e adolescentes com excesso de peso.

O grupo dos jovens com pré-obesidade e obesidade tornam a apresentar uma maior dispersão, em termos de variabilidade de resultados.

3.4. Associações na auto-estima global, em função do género e grau de obesidade

No presente ponto, pretendemos avaliar as possíveis diferenças na auto-estima global em função do género dos participantes e do IMC que estes apresentam, na tentativa de responder às questões inicialmente colocadas (hipótese 7; questão de investigação 8). Procedemos a uma análise univariada da variância (Anexo O) para analisar as possíveis diferenças.

Tabela 15 – Médias e desvios-padrão na sub-escala auto-estima global, em função do género e grau de obesidade

	N		PO/O	
	F	M	F	M
AEG	2.78 (.56)	3.14 (.59)	2.52 (.91)	2.79 (.67)
TOTAL	2.97 (.60)		2.64 (.81)	

Legenda: N – Normal (Não Obesos); PO/O – Pré-Obesos/Obesos; F – Género Feminino; M – Género Masculino; AEG – Auto-Estima Global

A análise univariada permite-nos concluir que existe tanto um efeito de género ($F(1, 103)=5.36$, $p=.023$) como um efeito de IMC ($F(1, 103)=5.04$, $p=.027$) sobre a auto-estima global, não havendo efeitos de interacção. Os efeitos de género traduzem-se em valores médios superiores dos rapazes, em comparação com as raparigas, pelo que podemos confirmar a nossa hipótese que aponta para diferenças entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos, favorecendo os

últimos (hipótese 7), porém, existe uma maior evidência de diferenças de género entre raparigas e rapazes não obesos. Por outro lado, existem efeitos de IMC que explicam valores médios superiores no grupo dos jovens não obesos, relativamente aos jovens com excesso de peso. Em resposta à nossa questão de investigação, que procurava analisar possíveis diferenças entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, apresentando os rapazes e os jovens não obesos níveis superiores de auto-estima global, em comparação com as raparigas e jovens pré-obesos/obesos, respectivamente (questão de investigação 8).

Mais uma vez, é possível verificar que os jovens com excesso de peso apresentaram um padrão de respostas mais extremas, relativamente aos jovens não obesos que apresentaram resultados mais semelhantes.

3.5. Associações nas várias categorias das representações de estilos de vida saudável, em função da idade e grau de obesidade

Nesta fase, pretendemos avaliar as possíveis diferenças nas várias categorias das representações de estilos de vida saudável (autocuidado e nutrição) em função do grupo etário e da prevalência de excesso de peso, procurando responder às questões inicialmente colocadas (questões de investigação 9 e 10). Para analisarmos estas diferenças procedemos a uma análise multivariada da variância (Anexo P), em que verificámos efeitos principais de idade (*Pillai's Trace*=.149, $F(2, 102)=8.91$, $p<.001$) e uma inexistência de efeitos principais de IMC (*Pillai's Trace*=.006, $F(2, 102)=.291$, $p=.748$).

Tabela 16 – Médias e desvios-padrão nas categorias das representações de estilos de vida saudável, em função da idade e grau de obesidade

	PA		A	
	N	PO/O	N	PO/O
AC	3.73 (1.01)	4.09 (.95)	3.88 (1.05)	3.82 (.95)
N	3.43 (.82)	3.59 (.98)	4.13 (.83)	4.17 (.83)

Legenda: PA – Pré-Adolescentes; A – Adolescentes; N – Normal (Não Obesos); PO/O – Pré-Obesos/Obesos; AC – Autocuidado; N – Nutrição

Os efeitos principais de idade traduzem-se em diferenças entre os pré-adolescentes e adolescentes na categoria nutrição ($F(1, 103)=12.75$, $p=.001$), havendo diferenças entre os dois grupos, apresentando os adolescentes percepções mais elevadas de hábitos de saúde nesta categoria, em comparação com os pré-adolescentes. Pelo contrário, não foram encontradas

diferenças de idade na categoria autocuidado ($F(1, 103)=.096, p=.757$). Relativamente à diferença entre pré-obesos/obesos e não obesos, não foram verificadas diferenças quer na categoria nutrição ($F(1, 103)=.335, p=.564$), quer na categoria autocuidado ($F(1, 103)=.515, p=.475$).

Em resposta às nossas questões de investigação, podemos afirmar a existência de diferenças entre pré-adolescentes e adolescentes ao nível da categoria nutrição, favorecendo os últimos, porém, não foram encontradas diferenças conferidas pelo IMC, no entanto, podemos perceber, através da Tabela 16, que os jovens pré-obesos e obesos apresentam valores médios superiores, em comparação com os jovens não obesos, tanto no grupo dos pré-adolescentes, como nos adolescentes (questão de investigação 9). No que refere à categoria autocuidado, não se verificaram diferenças de idade ou de estado nutricional, porém parece-nos curioso destacar que no grupo dos pré-adolescentes, os jovens pré-obesos/obesos apresentaram valores médios superiores e, pelo contrário, no grupo dos adolescentes foram os jovens não obesos que apresentaram uma representação superior de hábitos de saúde (questão de investigação 10).

3.6. Associações nas várias categorias das representações de estilos de vida saudável, em função do género e grau de obesidade

Procurámos avaliar as possíveis diferenças nas várias categorias das representações de estilos de vida saudável (autocuidado e nutrição) em função do género e IMC, através de uma análise multivariada da variância (Anexo Q), procurando responder às questões inicialmente colocadas (hipótese 8; questões de investigação 11 e 12). Verificámos a inexistência de efeitos principais de IMC ($Pillai's Trace=.003, F(2, 102)=.177, p=.838$) e uma tendência para a existência de efeitos principais de género ($Pillai's Trace=.045, F(2, 102)=2.43, p=.093$).

Tabela 17 – Médias e desvios-padrão nas categorias das representações de estilos de vida saudável, em função do género e grau de obesidade

	N		PO/O	
	F	M	F	M
AC	4.14 (.93)	3.56 (1.05)	3.89 (.95)	4.00 (.97)
N	4.14 (.73)	3.69 (.96)	4.07 (.84)	3.72 (1.03)

Legenda: N – Normal (Não Obesos); PO/O – Pré-Obesos/Obesos; F – Género Feminino;

M – Género Masculino; AC – Autocuidado; N – Nutrição

A tendência para a ocorrência de um efeito principal de género traduz-se em diferenças entre rapazes e raparigas na categoria nutrição ($F(1, 103)=4.84, p=.030$), em que as raparigas apresentam uma representação de estilos de vida saudável mais elevada, em comparação com os

rapazes. No que refere a diferenças entre jovens pré-obesos/obesos e não obesos na mesma categoria, podemos verificar que não existem diferenças ($F(1, 103)=.015, p=.902$). Em relação à categoria autocuidado não foram encontrados quer efeitos de género ($F(1, 103)=1.31, p=.255$), quer efeitos de IMC ($F(1, 103)=.227, p=.635$). Todavia, parece existir uma tendência para ocorrer um efeito de interacção entre as variáveis idade e IMC relativamente à categoria autocuidado ($F(1, 103)=2.76, p=.099$), enquanto no grupo dos não obesos são as raparigas que apresentam valores médios mais elevados, no grupo dos pré-obesos e obesos, são os rapazes que demonstram percepções superiores.

Assim, podemos confirmar a nossa hipótese, que postula a ocorrência de representações superiores de hábitos de saúde por parte das raparigas não obesas, relativamente aos rapazes não obesos (hipótese 8). Porém, só existem diferenças estatisticamente significativas no que refere à categoria nutrição, tanto no grupo dos não obesos, como no grupo dos pré-obesos e obesos, no entanto é verificável, através da Tabela 17, a obtenção de valores médios mais elevados por parte das raparigas no grupo dos não obesos, quer na categoria nutrição, quer no autocuidado. Respondendo às nossas questões de investigação, como já referido, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à categoria autocuidado (questão de investigação 11), todavia, são verificadas, na Tabela 13, diferenças no que concerne aos valores médios obtidos, favorecendo as raparigas no grupo dos jovens não obesos e os rapazes no grupo dos jovens com excesso de peso. Quanto à outra questão inicialmente colocada (questão de investigação 12), também já mencionámos a ocorrência de diferenças significativas entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos, relativamente à categoria nutrição, sendo as raparigas, tanto não obesas, como pré-obesas e obesas que apresentam percepções superiores de hábitos de saúde quanto à nutrição.

4. Discussão dos Resultados

Actualmente considera-se a obesidade como a doença nutricional mais prevalente a nível mundial, estando a crescer predominantemente entre os mais novos (ADEXO, 2013; IOTF, 2013). Assim, o presente estudo pretendeu analisar os efeitos da obesidade sobre o autoconceito, auto-estima e representações de vida saudável dos pré-adolescentes e adolescentes, considerando, ainda, possíveis diferenças de género. Através dos resultados alcançados, procurou-se contribuir para a compreensão das consequências desta doença de foro nutricional, nomeadamente, no que refere a auto-representações dos mais jovens e à forma como concepcionam um estilo de vida saudável.

Assim, no que se refere à primeira hipótese que pressupunha que os jovens não obesos apresentariam valores de autoconceito superiores na dimensão aparência física, em comparação com os jovens pré-obesos e obesos, não foi possível confirmá-la. Contrariamente aos resultados encontrados por outras investigações (Carvalho et al., 2005; Felgueiras, 2011; Simões & Meneses, 2007), no presente estudo não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos, porém, numa análise comparativa dos valores médios, podemos afirmar que existe uma tendência para os jovens não obesos apresentarem valores médios superiores, em relação aos jovens com excesso de peso, o que vai ao encontro dos resultados obtidos pelos vários estudos. Podemos concluir que, apesar de existirem elevados esterótipos sociais que discriminam e estigmatizam a pessoa obesa, estes parecem não ser valorizados pelos nossos participantes pré-obesos e obesos, a ponto de afectarem o seu funcionamento psicológico ou provocarem sentimentos negativos sobre si próprios e sobre o seu corpo. Por outro lado, vários autores (Malfará, 2007; Sarmiento et al., 2010) apontaram para o facto da população de obesos não ser homogénea, nomeadamente na dimensão aparência física, pelo que podem apresentar, tanto uma avaliação positiva, como negativa, não sendo obrigatório revelarem sentimentos auto-depreciativos.

Em resposta à nossa questão de investigação que pretendia analisar possíveis diferenças entre pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos/obesos e não obesos, na dimensão aparência física, podemos concluir que não existem diferenças significativas impostas pela idade, tanto em pré-obesos/obesos como em não obesos, contrariamente ao que foi verificado num estudo de Peixoto (2003) com jovens não obesos, em que foi verificada uma tendência para a diminuição dos valores de autoconceito na dimensão aparência física à medida que a idade avançava. Porém, os valores médios revelados pelos nossos participantes estão em concordância com os resultados alcançados pelo anterior autor, apresentando os pré-adolescentes valores de autoconceito ligeiramente superiores, em comparação com os adolescentes. Conclui-se que, tal como já referimos, as pressões sociais relativamente à imagem do indivíduo obeso, parecem não comprometer os autoconceitos dos nossos participantes com excesso de peso. Igualmente, a tendência para existir uma diminuição do autoconceito e das suas diferentes dimensões ao longo do percurso do desenvolvimento, decorrente da crescente diferenciação das várias dimensões e da progressiva capacidade para realizar comparações e auto-avaliações cada vez mais realistas, como é descrito na literatura (Harter, 2012; Peixoto, 2003), parece não se verificar na nossa amostra de forma significativa, de modo a provocar um ajustamento do autoconceito. De acordo com Harter (2012), ao longo do desenvolvimento do ser humano, vai aumentando a percepção de atractividade, em termos de importância, levando os adolescentes a serem mais rigorosos nas suas auto-críticas. O facto de não terem sido encontradas diferenças de idade que seriam de

esperar para esta faixa etária, leva-nos a sugerir que os nossos participantes adolescentes ainda não alcançaram um grau de maturidade cognitiva que lhes permita perceber a atractividade como algo importante.

Quanto a diferenças de género, na dimensão aparência física, não foi igualmente possível corroborar a hipótese que postulava que as raparigas pré-obesas e obesas apresentariam valores de autoconceito semelhantes aos rapazes não obesos, como foi verificado noutros estudos que constam na literatura (Felgueiras, 2011; Malfará, 2007). Contrariamente, os nossos resultados indicam a ocorrência de diferenças significativas entre raparigas e rapazes, quer no grupo dos pré-obesos e obesos, quer no dos não obesos, favorecendo os rapazes em ambos. Curiosamente, os nossos resultados estão de acordo com os resultados encontrados em vários estudos realizados com participantes não obesos (Faria & Azevedo, 2004; Peixoto, 2003; Veiga, 2006). No que concerne à nossa questão de investigação que pretendia averiguar as diferenças nos valores de autoconceito entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos, na dimensão aparência física, concluímos, como já referido, que existem diferenças de género tanto no grupo dos jovens com excesso de peso, como no grupo dos jovens não obesos, sendo os rapazes que apresentam valores de autoconceito superiores às raparigas. Foi já referido (Harter, 2012; Peixoto, 2003; Pentead et al., 2012) que estes resultados são decorrentes da importância para atender a normas culturais de atractividade, beleza e magreza, sendo os maiores alvos as raparigas, quer pré-obesas e obesas, quer não obesas, que se traduzem em sentimentos negativos acerca de si mesmas e do seu corpo e em baixa auto-valorização, que, conseqüentemente, irão afectar o autoconceito da generalidade das raparigas, na dimensão aparência física.

Relativamente à dimensão comportamento, formulámos uma questão de investigação que pretendia analisar as diferenças entre pré-adolescentes e adolescentes, pré-obesos/obesos e não obesos, ao que verificámos que não foram encontradas diferenças significativas. De acordo com alguns estudos desenvolvidos com jovens não obesos (Peixoto, 2003; Veiga, 2006) foi perceptível que existe uma tendência para um aumento de valores de autoconceito no que refere ao comportamento, com o aumento da idade, porém, tais resultados não foram alcançados no presente estudo, tanto no grupo dos jovens não obesos, como no grupo dos jovens com excesso de peso. Todavia, ao analisarmos os valores médios, verificamos que de facto os adolescentes apresentaram valores superiores de autoconceito, em comparação com os pré-adolescentes, sendo esta diferença de valores mais evidente junto dos pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos e obesos. Apesar da crescente pressão social sobre os jovens (à medida que estes se vão desenvolvendo) para gradualmente adoptarem e ajustarem os seus comportamentos de acordo

com as normas e valores, os resultados obtidos levam-nos a supôr que os nossos participantes adolescentes ainda não alcançaram um grau de maturação que lhes permita elaborar julgamentos de adequação do comportamento, como seria esperado para esta faixa etária. Podemos, ainda, associar estes resultados ao importante papel que o grupo de pares representa na adolescência, que pode condicionar o comportamento individual.

No que refere a diferenças de género, na dimensão comportamento, pudemos confirmar a hipótese que pressupunha que as raparigas pré-obesas e obesas apresentariam valores de autoconceito semelhantes aos rapazes pré-obesos e obesos. Tal como foi verificado noutros estudos (Felgueiras, 2011; Malfará, 2007), na nossa investigação não foram encontradas diferenças de género estatisticamente significativas no grupo dos jovens com excesso de peso, pelo que concluímos que ambos se auto-percepcionam de forma semelhante ao nível do comportamento. Quanto à nossa questão de investigação que pretendia avaliar as diferenças de valores de autoconceito entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos na mesma dimensão, não foram observadas diferenças, porém, ao apreciarmos os valores médios obtidos, verificamos que as raparigas se auto-percepcionam de forma mais positiva em termos de comportamento, em comparação com os rapazes, quer no grupo dos não obesos, quer no grupo dos pré-obesos e obesos. Estas evidências corroboram os resultados obtidos em jovens não obesos no estudo de Peixoto (2003). Assim, podemos concluir que, apesar de não serem significativos, parecem existir estereótipos sexuais que conduzem a uma percepção pessoal de melhor comportamento, por parte das raparigas, podendo estar associados ao importante papel das relações interpessoais para as mesmas, fazendo com que as raparigas adotem condutas mais adequadas e, conseqüentemente, se auto-percepcionem como melhor comportadas, em comparação com os rapazes. Tornando à análise dos valores médios, verificámos que o grupo dos pré-obesos e obesos apresentam uma competência percebida de comportamento superior ao grupo dos não obesos, em concordância com outros estudos (Rodrigues, 2011; Simões & Meneses, 2007). Estes resultados podem ser atribuídos, tal como foi proposto por Simões e Meneses (2007), a mecanismos cognitivos compensatórios. Possivelmente, os jovens com excesso de peso tentam equilibrar os domínios em que se auto-percepcionam de forma mais negativa, esforçando-se por melhorar a sua percepção de competência noutros campos.

Através dos nossos resultados, pudemos confirmar a nossa hipótese que postulava a inexistência de diferenças entre jovens pré-obesos/obesos e jovens não obesos na dimensão aceitação social, corroborando os resultados obtidos por Simões e Meneses (2007). Uma vez que os critérios para a aceitação social são declaradamente transmitidos pelos pares (Harter, 2012), os

resultados obtidos parecem indicar que, quer os jovens com excesso de peso, quer os jovens não obesos revelam sentimentos semelhantes de aceitação pelos pares, parecendo não existir influência de estereótipos sociais que levem os jovens pré-obesos e obesos a sentirem-se discriminados ou estigmatizados pelo grupo de pares. Relativamente à questão de investigação que pretendia analisar as diferenças de valores de autoconceito entre pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos/obesos e não obesos na dimensão aceitação social, não foram encontrados efeitos de idade, porém, ao analisarmos os valores médios obtidos, verificamos que enquanto no grupo dos pré-obesos e obesos houve uma diminuição dos valores dos pré-adolescentes para os adolescentes, no caso do grupo dos não obesos constatou-se o inverso. Estes resultados requerem uma futura investigação mais pormenorizada para serem compreendidos, no entanto podemos supor que com o avanço da idade, aumenta, igualmente, a consciencialização da negatividade sobre a imagem da pessoa obesa, podendo existir uma maior discriminação pelo grupo de pares que é sentida pelos adolescentes com excesso de peso. Por outro lado, podemos atribuir estes resultados a auto-julgamentos cada vez mais críticos e realistas com a entrada na adolescência, que podem traduzir-se em sentimentos mais depreciativos por parte dos jovens pré-obesos e obesos e, se se sentirem inferiores aos seus pares e não se aceitarem a si mesmos, podem transpor esses sentimentos para auto-percepções negativas sobre a sua aceitação pelos pares.

Quanto aos efeitos de género, formulámos, inicialmente, uma hipótese que pressupunha que as raparigas pré-obesas e obesas apresentariam valores de autoconceito superiores, em relação aos rapazes pré-obesos e obesos, na dimensão aceitação social. Tal hipótese não foi confirmada, ou seja, não foram encontradas diferenças significativas entre raparigas e rapazes com excesso de peso, contrariamente aos resultados obtidos por Felgueiras (2011) no seu estudo, pelo contrário, os nossos participantes do género masculino obtiveram valores médios ligeiramente mais elevados, em relação ao género feminino. Assim, podemos concluir que tanto as raparigas como os rapazes com pré-obesidade e obesidade auto-percepcionam-se de forma semelhante em termos de aceitação social. Colocou-se, ainda, uma questão de investigação que pretendia avaliar as diferenças nos valores de autoconceito entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos na mesma dimensão, porém não foram encontradas quaisquer diferenças significativas. Numa análise aos valores médios verificámos que, como já referido, as raparigas apresentam valores inferiores, relativamente aos rapazes, quer no grupo dos pré-obesos e obesos, quer no grupo dos não obesos, sendo os jovens com excesso de peso que apresentaram valores mais baixos, em comparação com os jovens não obesos. Podemos afirmar que os nossos participantes são muito homogêneos no que refere à dimensão aceitação social, pelo que

concluímos que os estereótipos de magreza impostos pela sociedade, por um lado, e a tendência para a exclusão e discriminação da pessoa obesa, por outro, no presente caso, parecem não ter grande impacto a ponto de comprometer a auto-percepção de aceitação social dos nossos jovens pré-obesos e obesos, pelo contrário, eles sentem-se tão aceites pelo seu grupo de pares, como os jovens não obesos.

Inicialmente, formulámos, uma hipótese que postulava a inexistência de diferenças nos níveis de auto-estima global entre jovens pré-obesos e obesos e jovens não obesos, tal como foi verificado nos resultados do estudo de Simões e Meneses (2007). Porém, os resultados por nós alcançados não nos permitem corroborar esta hipótese, uma vez que foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos, apresentando, os jovens não obesos valores médios superiores, em comparação com os jovens com excesso de peso. Estes resultados podem indicar-nos que os jovens pré-obesos e obesos tendem a apresentar valores de autoconceito mais negativos em algumas dimensões do mesmo, relativamente aos jovens não obesos, que traduzir-se-ão em auto-avaliações globais igualmente mais negativas, como é o caso da auto-estima global.

Na procura de avaliar o efeito da idade, elaborámos uma questão de investigação que pretendia analisar as diferenças nos níveis de auto-estima global entre pré-adolescentes e adolescentes, pré-obesos/obesos e não obesos. Verificámos que não existem diferenças significativas no que refere aos efeitos de idade, porém, ao analisarmos os valores médios observamos que enquanto entre os pré-adolescentes e adolescentes com excesso de peso não existem diferenças de valores, grupo dos não obesos, os pré-adolescentes apresentaram valores médios superiores, em comparação com os adolescentes. De acordo com a literatura (Harter, 2012; Peixoto, 2003) seria de esperar que, no caso dos pré-adolescentes, estes revelassem uma auto-estima mais elevada e relativamente estável, que se traduziria por uma indiferenciação das diferentes dimensões do autoconceito. Contrariamente, no caso dos adolescentes, quer pela crescente diferenciação das várias dimensões do autoconceito, que leva a confusões e conflitos intraindividuais, quer pelo aumento da introspecção, que conduz a auto-percepções mais realistas, e quer, ainda, pela elevada importância do espelho social nesta faixa etária, que induz a uma menor aprovação quando o adolescente não consegue atender às expectativas de todos em cada contexto relacional, seria de esperar que estes apresentassem um nível mais baixo de auto-estima, em comparação com os pré-adolescentes. O facto de não terem sido verificadas diferenças, poderá ser explicado à luz de Harter (2012), que considera que somente as dimensões importantes para o sujeito irão afectar a sua auto-estima, assim, no presente caso, o facto dos pré-adolescentes e adolescentes parecerem manter uma auto-estima em níveis relativamente

constantes e semelhantes, estará, possivelmente, associada à importância que dão às diferentes dimensões e que parecem afectar de forma análoga a auto-estima global de ambos os grupos.

Relativamente aos efeitos de género, formulámos uma hipótese que pressupunha que os rapazes pré-obesos e obesos apresentariam níveis de auto-estima global mais elevados, em comparação com as raparigas pré-obesas e obesas. Através da nossa análise pudemos confirmar a nossa hipótese, corroborando os estudos anteriormente elaborados, quer com jovens não obesos (Faria & Azevedo, 2004; Peixoto, 2003), quer com pré-obesos e obesos (Felgueiras, 2011) que postulavam uma superioridade por parte dos rapazes, em termos de auto-estima global. Estes resultados podem ser explicados por estereótipos sexuais, que se traduzem por uma maior pressão sobre o género feminino para atender a padrões sociais de atractividade e beleza que, por sua vez, condicionam algumas facetas do autoconceito e, conseqüentemente, parecem comprometer a auto-estima global das raparigas. Elaborámos, ainda, uma questão de investigação referente aos efeitos de género, que pretendia analisar as diferenças de níveis de auto-estima global entre raparigas e rapazes pré-obesos e não obesos. Os resultados alcançados permitem-nos concluir que existem diferenças entre rapazes e raparigas, quer com excesso de peso, quer não obesos, favorecendo os rapazes, como já referido e justificado anteriormente, e foram, igualmente, encontradas diferenças entre jovens pré-obesos/obesos e não obesos, como foi também, já mencionado e explicado, apresentando os jovens pré-obesos e obesos níveis de auto-estima inferiores aos jovens não obesos.

Centramo-nos, agora, nas diferenças de género relativamente às representações de hábitos de saúde em geral, para as quais formulámos uma hipótese que postulava que as raparigas não obesas apresentariam representações superiores de estilos de vida saudável, em comparação com os rapazes não obesos. Os resultados remetem para a confirmação da nossa hipótese que corrobora os resultados obtidos no estudo de Guedes e Grondin (2002). Assim, concluímos que de facto o género feminino apresenta concepções mais elevadas de estilos de vida saudável, que podem estar relacionados com estereótipos de magreza impostos socialmente sobre as raparigas, conduzindo-as, possivelmente, a quererem ser mais informadas sobre a alimentação e a estarem mais preocupadas com o excesso de peso, o que, conseqüentemente, conduz a representações mais realistas de hábitos de saúde, em comparação com o género masculino.

Analisando os efeitos de género especificamente na categoria nutrição, elaborou-se, inicialmente, uma questão de investigação que pretendia avaliar as diferenças entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos. Os resultados permitem-nos confirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas, apresentando, as raparigas valores médios superiores,

em comparação com os rapazes, quer no grupo dos pré-obesos e obesos, quer no grupo dos não obesos, como foi já referenciado e explicado anteriormente, estes resultados podem ser justificados por estereótipos sexuais. Ao analisarmos os valores médios obtidos, verificamos que as raparigas não obesas apresentaram valores superiores, em comparação às raparigas pré-obesas e obesas e os rapazes não obesos revelaram valores inferiores, relativamente aos rapazes com excesso de peso. No caso do género feminino, parece-nos natural esta ocorrência de resultados, uma vez que no grupo em que se verifica a prevalência de obesidade, prever-se-á que sejam menos informadas ao nível nutritivo, e por isso continuarem a apresentar um índice de pré-obesidade ou obesidade. Relativamente ao género masculino, parece-nos curiosa a constatação destes resultados, pelo que sugerimos poder dever-se ao facto dos rapazes pré-obesos e obesos, uma vez que apresentam uma doença de foro nutricional, sejam mais alertados para os cuidados que deveriam ter com a alimentação, porém, estas percepções parecem não entusiasmar os rapazes a adoptarem comportamentos adequados relativamente às suas conductas alimentares e, como tal, mantêm um IMC acima do desejado, como foi igualmente verificado noutro estudo (Guedes & Grondin, 2002). Todavia, as justificações apresentadas anteriormente para as diferenças encontradas entre raparigas pré-obesas/obesas e não obesas e entre rapazes pré-obesos/obesos e não obesos, parecem contraditórias entre si, pelo que carecem de uma investigação mais aprofundada.

Formulámos, ainda, uma questão de investigação referente ao efeito de idade, procurando analisar as diferenças entre pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos/obesos e não obesos, na mesma categoria. Os resultados alcançados permitem-nos verificar a existência de diferenças, apresentando, os adolescentes, uma percepção superior ao nível nutricional, em comparação com os pré-adolescentes, o que julgamos corresponder ao esperado, uma vez que sendo os adolescentes mais velhos, é expectável que tenham adquirido mais conhecimentos e, consequentemente, percepções superiores de hábitos de saúde, em comparação com os pré-adolescentes. Relativamente às diferenças entre os jovens pré-obesos e obesos e jovens não obesos, não foram encontradas diferenças significativas, porém, verificou-se que os jovens com excesso de peso apresentaram valores médios ligeiramente superiores aos jovens não obesos. Podemos justificar tal ocorrência, como foi efectuado para os rapazes pré-obesos e obesos, especulando que poderá dever-se ao facto dos jovens com pré-obesidade e obesidade serem, provavelmente, alertados com maior frequência para cuidados de nutrição, na tentativa de superarem a doença e, como tal, têm concepções superiores de nutrição, em comparação com os jovens não obesos, no entanto, estas percepções parecem não ter influência suficiente para os jovens com excesso de peso ajustarem os seus comportamentos alimentares.

No que concerne à categoria autocuidado, começamos por nos focar na questão de investigação, inicialmente elaborada, que pretendia analisar as diferenças entre pré-adolescentes e adolescentes, pré-obesos/obesos e não obesos. Através dos resultados alcançados averiguamos a inexistência de efeitos de idade ou de obesidade, no entanto, numa análise aos valores médios verificamos que no caso dos jovens não obesos, os adolescentes revelaram uma superior percepção ao nível do autocuidado, relativamente aos pré-adolescentes, o que está de acordo com as nossas expectativas, uma vez que com o avançar da idade é desejável que os indivíduos vão adquirindo mais conhecimentos e, neste caso, formulando concepções mais realistas de hábitos de saúde. Por outro lado, observámos, ainda, que no que refere aos jovens pré-obesos e obesos, ocorreu o oposto, os pré-adolescentes apresentaram valores médios superiores, em comparação com os adolescentes. Neste caso, os resultados levam-nos a especular que, possivelmente, uma grande maioria dos pré-adolescentes com excesso de peso respondeu de forma aleatória ao questionário das representações, ao que podemos atribuir várias razões: 1) por saturação e cansaço, uma vez que este foi o último instrumento a que os participantes tiveram de responder; 2) por dificuldades na interpretação dos itens pela sua formulação que, como foi averiguado na análise das propriedades psicométricas dos instrumentos, revelou-se não ser a mais ideal, e sendo mais novos pode ter-se revelado mais difícil a sua compreensão; 3) por falta de interesse na temática do questionário; 4) e por desconhecimento da resposta adequada a dar, optando por responder aleatoriamente.

No que refere aos efeitos de género, foi construída uma questão de investigação que pretendia avaliar as diferenças entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos na categoria autocuidado, ao que se constatou que não existem diferenças de género, porém, no que refere aos valores médios, as raparigas não obesas apresentaram valores superiores relativamente aos rapazes não obesos e as raparigas com excesso de peso revelaram valores inferiores, em comparação com os rapazes com excesso de peso. Enquanto que no primeiro caso, existe concordância com o descrito na literatura (Guedes & Grondin, 2002), justificado por estereótipos sexuais que conferem às raparigas representações de saúde superiores, a segunda ocorrência, parece-nos carecer de uma investigação mais aprofundada, no entanto podemos especular que, tal como foi referido e explicado no caso dos pré-adolescentes pré-obesos e obesos, pode justificar-se pela resposta ao questionário de modo fortuito.

5. Considerações Finais

É possível considerar o presente estudo, como um contributo para a crescente investigação sobre a obesidade, na medida em que corroborou alguns resultados já existentes na literatura e introduziu novas informações sobre diferenças entre jovens com pré-obesidade/obesidade e jovens não obesos ao nível do autoconceito, auto-estima e representações de estilos de vida saudável, em função da idade e do género.

Assim, a actual investigação permitiu-nos concluir que a pré-obesidade e obesidade não comprometem o autoconceito de aparência física, no entanto no que refere ao género verificamos a ocorrência de diferenças, tal como foi encontrado na literatura (Carvalho et al., 2005; Faria & Azevedo, 2004; Felgueiras, 2011; Peixoto, 2003; Simões & Meneses, 2007; Veiga, 2006). Relativamente ao autoconceito de comportamento, constatou-se que houve uma relativa homogeneidade entre grupos, pelo que percebemos que esta variável não é ajustada por influência de outras variáveis, quer o género, idade ou obesidade, em oposição a alguns estudos que encontraram diferenças (Malfará, 2007; Peixoto, 2003; Rodrigues, 2011; Simões & Meneses, 2007; Veiga, 2006). O mesmo foi verificado no que refere ao autoconceito de aceitação social, este não sofreu alterações em função de outras variáveis (género, idade e obesidade), como foi verificado por Simões e Meneses (2007). Quanto à auto-estima, percebemos que o género feminino apresenta níveis mais baixos, em comparação ao género masculino, como é revelado em vários estudos (Faria & Azevedo, 2004; Felgueiras, 2011; Peixoto, 2003), e constatou-se, ainda, que os jovens não obesos mostraram níveis de auto-estima mais elevados, relativamente aos jovens pré-obesos e obesos, contrariamente ao que foi encontrado na literatura (Simões & Meneses, 2007), porém, esta não foi comprometida em função da idade.

Procurámos introduzir novos dados com a aplicação do questionário de representações de estilos de vida saudável, por nós elaborado, do qual concluímos as raparigas apresentam concepções mais elevadas, nomeadamente no que refere a hábitos de saúde, em geral e à categoria nutrição, em particular. Igualmente, os adolescentes revelam ter percepções mais adequadas ao nível nutritivo, em comparação com os pré-adolescentes. No que respeita à categoria autocuidado, verificámos que os nossos participantes se revelaram homogéneos, quer em função da idade, quer em função do género. Averiguámos, no entanto, que a obesidade não teve influência sobre as representações de estilos de vida saudável, o que não nos permitiu relacionar a prevalência desta doença de foro nutricional com baixas percepções de hábitos de saúde.

No presente estudo, existem, porém, pontos críticos que impõem limitações, como é o caso da amostra, que é constituída por um reduzido número de participantes e desequilibrada no

que refere às variáveis consideradas, existindo um largo número superior de não obesos e de adolescentes. Relativamente aos instrumentos, o facto de se ter recorrido a escalas e questionários, pode ter conduzido a respostas consideradas socialmente desejáveis por parte dos participantes, igualmente o facto de se terem aplicado três instrumentos, um dos quais mais extenso e outro mais complexo, em termos de interpretação, pode ter condicionado as respostas, podendo estas, por vezes, serem dadas de forma aleatória. Podemos, ainda, apontar o facto de não terem sido utilizadas as mesmas escalas de autoconceito e auto-estima, uma vez que pretendíamos que estivessem de acordo com a faixa etária, utilizámos escalas diferentes, porém, os resultados seriam, possivelmente, diferentes e mais fiáveis se recorressemos a uma só escala. No que refere à recolha de dados, o facto de ter sido efectuada em diferentes momentos e com a presença, ou não, de outro(s) significativo(s), possivelmente enviesou as respostas dos participantes. Quanto à análise dos dados, como verificámos, não foi possível comparar todas as dimensões do autoconceito comuns às duas escalas, o mesmo ocorreu, no que respeita ao questionário de representações de estilos de vida saudável, em que a análise ficou reduzida somente a seis itens, que não englobavam todas as categorias.

Com o crescimento da prevalência da obesidade infanto-juvenil a nível mundial, é cada vez mais partilhada a ideia de implementação de estratégias preventivas, o mais precocemente possível, junto das crianças e adolescentes, visto existir a possibilidade de uma grande parte dos hábitos dos adultos serem desencadeados durante a infância e adolescência (DGS, 2006a), pois prevenir esta doença de foro nutricional e o seu agravamento, é uma forma de promover a saúde física e psicológica dos mais jovens. Assim, tal como procurámos fazê-lo no presente estudo, é importante avaliar o autoconceito enquanto recurso para a compreensão dos aspectos psicológicos relativos à obesidade, no entanto, esta investigação necessita de maior profundidade e de uma amostra mais robusta, para ser realmente apreendida a implicação da obesidade sobre as auto-percepções e auto-avaliações globais dos jovens, pois podem condicionar a sua qualidade de vida, e para uma possível ampliação de dados.

Uma vez que a obesidade é muito resistente a qualquer tratamento e quando se conseguem bons resultados, normalmente são pouco resistentes (Viana, 2002), parece-nos pertinente tentar compreender se as concepções que os jovens obesos apresentam acerca dos estilos de vida saudável são desejáveis, pelo que procurámos fazê-lo no presente estudo. Todavia, surgiram algumas limitações que condicionaram consideravelmente esta análise, porém, alcançámos alguns resultados curiosos para os quais propomos um aprofundamento futuro, como é o caso dos valores médios opostos que encontrámos: 1) entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos na categoria nutrição (as raparigas não obesas apresentam valores

superiores às raparigas com excesso de peso e os rapazes com excesso de peso revelam valores mais elevados que os rapazes não obesos); 2) entre pré-adolescentes e adolescentes pré-obesos/obesos e não obesos na categoria autocuidado (no grupo dos jovens não obesos, os adolescentes apresentam valores médios superiores e no grupo dos jovens com excesso de peso, são os pré-adolescentes que se destacam); 3) entre raparigas e rapazes pré-obesos/obesos e não obesos na categoria autocuidado (no grupo dos jovens com excesso de peso, os rapazes revelam valores médios mais elevados e no grupo dos jovens não obesos, são as raparigas que apresentam concepções superiores). De acordo com a literatura (Guedes & Grondin, 2002) parece haver indícios de que as concepções de hábitos de saúde possam não ter influência sobre os comportamentos adoptados, assim, sugere-se que tal afirmação seja averiguada e aprofundada futuramente, no entanto, primeiramente propõe-se que se reformule o questionário das representações de estilos de vida saudável, de forma a abranger mais categorias e a ser interpretado mais facilmente pelos participantes para, seguidamente, podermos compreender as percepções dos jovens e, posteriormente, se de facto, estas condicionam, ou não, as suas condutas. Esta análise é uma base importante para a criação de programas direccionados para a saúde, que devem, não só, contemplar informações quanto à importância da adopção de estilos de vida saudável que incluam a alimentação, prática de actividade física e controlo de peso, mas, sobretudo, que ajudem os jovens pré-obesos e obesos a mantê-los ao longo da vida, mas para tal, é crucial que primeiro se compreendam as razões pelas quais as concepções não são, possivelmente, colocadas em prática.

6. Referências Bibliográficas

- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Alves Martins, M., Peixoto, F., Mata, L., & Monteiro, V. (1995). Escala de autoconceito para crianças e pré-adolescentes de Susan Harter. In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 79-89). Braga: APPORT.
- Associação dos Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal (2013, Janeiro). *Obesidade*. Disponível em: <http://www.adexo.pt/>.
- Bordignon, S., & Teodoro, M. (2011). Relações entre percepção corporal, autoconceito e traços depressivos em crianças escolares com e sem excesso de peso. *Aletheia*, 34, 19-31. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115022577003>
- Bub, M., Medrano, C., Silva, C., Wink, S., Liss, P., & Santos, E. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(Esp), 152-157.
- Camarneiro, A. (2004). As crenças na saúde e na doença. In J., Ribeiro & I., Leal (Eds), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (pp. 27-33). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J., & Galvão-Teles, A. (2007). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews*, 9, 11-19. doi: 10.1111/j.1467-789X.2007.00422.x
- Carvalho, A., Cataneo, C., Galindo, E., & Malfará, C. (2005). Autoconceito e imagem corporal de crianças obesas. *Pádeia – Cadernos de Psicologia e Educação*, 15(30), 131-139.
- Cataneo, C., Carvalho, A., & Galindo, E. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, autoconceito, locus de controlo e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 39-46.

- Correia P, Pereira C, Madruga M., & Broeiro P. (2004) Obesidade e excesso de peso: caracterização de uma população escolar do concelho de Lisboa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35, 407-411.
- Couto, A. (2004). Os jovens e as crenças relativas à gravidez. In Ribeiro, J. & Leal, I. (Eds), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (pp. 191-197). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Direcção Geral de Saúde (2006a). *Programa Nacional de saúde dos jovens 2006/2010*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>.
- Direcção Geral de Saúde (2009). *Estudo de prevalência da obesidade infantil e dos adolescentes em Portugal Continental*. Disponível no website da Plataforma Contra a Obesidade: http://www.onocop.pt/conteudos/documentos/EPOBIA_Relatorio.pdf.
- Direcção Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Disponível na página da Circular Normativa n.º03/DGCG: www.dgs.pt.
- Emídio, R., Santos, A., Maia, J., Monteiro, L., & Veríssimo, M. (2008). Autoconceito e aceitação pelos pares no final do período pré-escolar. *Análise Psicológica*, 26(3), 491-499.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do autoconceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4(23), 361-371.
- Faria, L., & Azevedo, A. (2004). Manifestações diferenciais do autoconceito no fim do ensino secundário português. *Pádeia*, 14(9), 256-276.
- Faria, L., & Fontaine, A. (1990). Avaliação do conceito de si próprio de adolescentes: adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 97-105.
- Felgueiras, M. (2011). *Obesidade na adolescência: a repercussão no autoconceito e o fenómeno da violência escolar*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/8816>

- Fernandes, M. (2011). *Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica na obesidade infantil ao nível do autoconceito, das estratégias de coping e do comportamento alimentar das crianças e dos pais*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia.
- Ferreira, M., Alvim, N., Teixeira, M., & Veloso, R. (2007). Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(2), 217-224.
- Fontaine, A., & Antunes, C. (2002/2003). Avaliação do autoconceito e da auto-estima na adolescência: comparação de dois instrumentos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 18-17, 119-133.
- Garcia, L. (2008). *As representações sociais de saúde e doença para crianças e adolescentes com problemas de obesidade*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Dom Bosco. Disponível em: <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8052-as-representacoes-sociais-de-saude-e-doenca-para-criancas-e-adolescentes-com-problema-de-obesidade.pdf>
- Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D., & Penna, C. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 200-206.
- Guedes, D., & Grondin, L. (2002). Percepção de hábitos saudáveis por adolescentes: associação com indicadores alimentares, prática de actividade física e controle de peso corporal. *Revista Brasileira de Ciência do Esporte*, 24(1), 23-45.
- Guerra, C., Alves, J., & Inácio, K. (2010). *Obesidade infantil: factores biológicos e ambientais*. Trabalho Final para Bacharelato. Faculdade de enfermagem de Caratinga. Disponível em: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:yiGbeBDFSw0J:scholar.google.com/+Obesidade+Infantil:+fatores+biol%C3%B3gicos+e+ambientais&hl=pt-PT&as_sdt=0,5&as_vis=1
- International Obesity Task Force (2013, Fevereiro). *About Obesity & Research*. Disponível em: <http://www.iaso.org/iotf/>

- Júnio, R., & Cunha, C. (2007). Reconhecimento de palavras e de autoconceito num grupo de crianças. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 8(2), 215-226.
- Limbers, C., Turner, E., & Varni, J. (2008). Promoting healthy lifestyles: Behavior modification and motivational interviewing in the treatment of childhood obesity. *Journal of Clinical Lipidology*, 2, 169-178.
- Malfará, C. (2007). *Imagem corporal, comportamentos alimentares e autoconceito de pré-adolescentes com sobrepeso, obesos e não obesos*. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martins, D., Nunes, M., & Noronha, A. (2008). Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 94-105.
- Martins, L. (2011). *Obesidade e morbilidade psicológica: Psicopatologia, alterações da personalidade, autoconceito e estratégias de coping em obesos seleccionados a aguardar a cirurgia bariátrica*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/8557>
- Martins, M., Peixoto, F., Mata, L., & Monteiro, V. (1995). Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-Adolescentes de Susan Harter. In L. S. Almeida, M. R. Simões & M. M. Gonçalves (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal*, (pp. 79-89). Braga: APPORT.
- Matos, M., Carvalhosa, S., & Diniz, J. (2002). Factores associados à prática da actividade física nos adolescentes portugueses. *Análise psicológica*, 1(20), 57-66.
- Ministério da Saúde. (2004a). Despacho n.º 1916/2004. *Diário da República*, 2, 1492-1495. Disponível em: <http://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/legislacao/despacho-19162004/>
- Moreira, P. (2005). *Obesidade: Muito peso, várias medidas*. Porto: Ambar.

- Moreira P. (2007). Overweight and obesity in Portuguese children and adolescents. *Journal of Public Health*, 15, 155-161.
- Observatório Nacional da Actividade Física e do Desporto (2011). *Livro verde da aptidão física*. Disponível em: <http://observatorio.idesporto.pt/index.aspx>.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: Trends in body mass index from 1972 to 2002. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-678.
- Penteado, C., Oliveira, J., Teixeira, M., Chaves, R., & Costa, C. (2012). Avaliação do perfil nutricional de adolescentes com risco para transtornos alimentares. *Adolescência & Saúde*, 9(3), 12-20.
- Peixoto, F. (1996). *Autoconceito(s), auto-estima e resultados escolares: A influência da repetência no(s) autoconceito(s) e na auto-estima de adolescentes*. Comunicação apresentada no 9º Colóquio de Psicologia e Educação: Dinâmicas relacionais e eficiência educativa. Actas. I.S.P.A.
- Peixoto, F., & Almeida, L. S. (1999). Escala de Autoconceito e Auto-estima. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Eds.), *Actas da VII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, (pp. 632-640). Braga: APPORT.
- Peixoto, F. (2003). *Auto-estima, autoconceito e dinâmicas relacionais em contexto escolar*. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia.
- Poeta, L., Duarte, M., & Giuliano, I. (2010). Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças obesas. *Revista de Associação Médica Brasileira*, 56(2), 168-172.
- Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção de doenças. *Análise Psicológica*, 2(22), 387-397.

- Rêgo, C., & Sassetti, L. (2011). Caracterização do Estado Nutricional. In A. Rito, J. Breda & I. Carmo (Eds.), *Guia da Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. Disponível no website do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/589/1/36_Guia%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Nutricional%20.pdf.
- Rodrigues, E. (2011). *O comportamento alimentar, o autoconceito e a obesidade infanto-juvenil*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/17810>
- Sarmiento, A., Schoen-Ferreira, T., Medeiros, E., & Cintra, I. (2010) Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em adolescentes obesos. *Estudo e Pesquisas em Psicologia*, 10(3), 833-847. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n3/artigos/pdf/v10n3a12.pdf>
- Senos, J., & Diniz, T. (1998). Auto-estima, resultados escolares e indisciplina. Estudo exploratório numa amostra de adolescentes. *Análise Psicológica*, 2(16), 267-276.
- Serafim, T., Jesus, E., & Pierin, A. (2010). Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controlo de pessoas hipertensas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(5), 658-664
- Serra, A. (1988). O autoconceito. *Análise Psicológica*, 2(6), 101-110.
- Silva, B. (2009). *O autoconceito em crianças e pré-adolescentes numa amostra de famílias de origem e famílias de acolhimento*. Monografia Final de Curso. Porto – Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0138.pdf>
- Silva, I., Oliveira, M., Silva, S., Polaro, S., Randüz, V., Santos, E., & Santana, M. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado e enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 697-703.
- Silva, Y., Costa, R., & Ribeiro, R. (2008). Obesidade infantil: uma revisão bibliográfica. *Saúde & Ambiente em Revista*, 3(1), 1-15. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/sare/article/viewFile/215/205>

- Simões, D., & Meneses, R. (2007). Autoconceito em crianças com e sem obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 246-251.
- Vaz, A., Silva, D., Rego, C., & Viana, V. (2010). Determinantes comportamentais em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade. *Revista da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação*, 16(2), 31-36.
- Veiga, F. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2). *Psicologia e Educação*, 5(1), 39-48.
- Viana, V. (2000). *Psicologia, saúde e nutrição: Estudo do comportamento alimentar, do estado de nutrição e de alguns factores psicossociais associados num grupo de adolescentes*. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise psicológica*, 4(20), 611-624.
- World Health Organization (2013, Janeiro). *About Obesity*. Disponível em: <http://www.who.int/en/>.

ANEXOS

Anexo A – Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação



Assunto: Recolha de dados para Dissertação de Mestrado

Exmo(a) Sr(a). Encarregado(a) de Educação,

O meu nome é Rita Rato e sou uma aluna do ISPA – Instituto Universitário. Actualmente encontro-me frequentar o último ano de Mestrado na área da Psicologia Educacional. Por conteúdo programático e sistema de avaliação, é necessário o desenvolvimento de um trabalho de final de curso e, para a concretização deste projecto, é imprescindível a colaboração dos vossos educandos.

É minha intenção desenvolver um estudo comparativo entre a população estudante do 2º e 3º Ciclo com o objectivo de confrontar percepções de estilo de vida saudável e aferir o autoconceito destas classes mais jovens. Para o efeito, pretendia que os alunos participassem neste projecto respondendo a um questionário, sendo que os dados recolhidos são absolutamente confidenciais e apenas para efeitos estatísticos, não se identificando em nenhum momento do tratamento dos mesmos, os alunos. O Conselho Pedagógico manifestou já disponibilidade para colaborar neste estudo.

Venho por este meio solicitar a Vª Ex.ª aprovação para a participação do vosso educando no presente estudo, reforçando que a colaboração dos alunos é imperativa para a realização deste projecto. Na expectativa de poder contar com a Vossa colaboração, apresento os meus respeitosos cumprimentos.

Ana Rita Arrais Rato

[Cortar o destacável e devolver ao (ã) Director(a) de Turma]

Eu (nome) _____, Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a) _____, nº _____, turma _____, declaro que autorizo/não autorizo (riscar a que não interessar) a participação do meu educando no estudo de Psicologia Educacional e Saúde.

(Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação)

Anexo B – Questionário Sociodemográfico

A preencher pelo adulto

Peso:

Altura:

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

O Aluno

Data de Nascimento: ____/____/____

Género: _____

O Aluno e a Família

Local de Residência: _____

Composição do Agregado Familiar: _____

Profissão da Mãe: _____

Habilitações da Mãe: _____

Profissão do Pai: _____

Habilitações do Pai: _____

O Aluno e a Escola

Ano de Escolaridade que frequentas: _____

Reprovaste algum ano? (sim/não) _____ Se sim, em que ano(s)? _____

Como consideras o teu aproveitamento escolar neste ano lectivo? (1-muito fraco; 2-fraco; 3-médio; 4-bom; 5-muito bom) _____

De seguida, vamos começar o questionário que é anónimo e confidencial.

Lê muito bem cada frase que se segue e com uma cruz assinala a opção que mais se parece contigo.

Anexo C – Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

U.I.P.C.D.E. - Unidade de Investigação em Psicologia Cognitiva do Desenvolvimento e da Educação

COMO É QUE EU SOU?

(Adaptação do "Self Perception Profile for Children" de Susan Harter)

EXEMPLO:

	Sou Tal e Qual Assim	Sou um Bocadinho Assim				Sou um Bocadinho Assim	Sou Tal e Qual Assim
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostam de brincar na rua nos seus tempos livres.	MAS	Outras gostam mais de ficar em casa a ver televisão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são muito <u>boas</u> nos seus trabalhos da escola.	MAS	Outras <u>preocupam-se</u> porque muitas vezes não sabem fazer os trabalhos da escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham <u>difícil</u> fazer amigos.	MAS	Outras acham muito <u>fácil</u> fazer amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças são <u>muito boas</u> em todas as espécies de desporto.	MAS	Outras acham que <u>não</u> muito boas quando fazem desporto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>gostam</u> do aspecto que têm.	MAS	Outras <u>não</u> gostam do aspecto que têm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>não</u> gostam do modo como se portam.	MAS	Outras <u>gostam</u> do modo como se portam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>não</u> estão muito satisfeitas consigo próprias.	MAS	Outras estão bastante <u>satisfeitas</u> consigo próprias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sou Tal e Qual Assim	Sou um Bocadi- nho Assim				Sou um Bocadi- nho Assim	Sou Tal e Qual Assim
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são tão <u>inteligentes</u> como outras crianças da sua idade.	MAS	Outras <u>não</u> têm a certeza e duvidam que sejam tão inteligentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm <u>muitos</u> amigos.	MAS	Outras <u>não</u> têm muitos amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam de ser muito <u>melhores</u> no desporto.	MAS	Outras acham que são <u>boas</u> no desporto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças estão <u>satisfeitas</u> com a altura e peso que têm.	MAS	Outras gostariam que a sua altura e peso fossem <u>diferentes</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças costumam fazer aquilo que <u>devem</u> .	MAS	Outras <u>não</u> costumam fazer o que devem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>não</u> gostam da vida que têm.	MAS	Outras <u>gostam</u> da vida que têm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>demoram</u> muito tempo a fazer os trabalhos da escola.	MAS	Outras conseguem fazer os trabalhos da escola <u>depressa</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>gostavam</u> de ter muitos amigos.	MAS	Outras <u>têm</u> todos os amigos que querem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que podiam ser <u>boas</u> em qualquer desporto que nunca experimentaram.	MAS	Outras receiam <u>não</u> ser boas em desportos que nunca experimentaram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que o seu corpo fosse <u>diferente</u> .	MAS	Outras <u>gostam</u> do seu corpo tal com é.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças costumam portar-se como sabem que <u>devem portar-se</u> .	MAS	Outras <u>não</u> costumam portar-se como sabem que devem portar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sou Tal e Qual Assim	Sou um Bocadi- nho Assim				Sou um Bocadi- nho Assim	Sou Tal e Qual Assim
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças estão <u>contentes</u> consigo próprias.	MAS	Outras normalmente <u>não</u> estão contentes consigo próprias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>esquecem</u> muitas vezes o que aprendem.	MAS	Outras conseguem <u>lembrar-se</u> das coisas com facilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças conseguem que as suas ideias sejam <u>sempre</u> aceites pelas outras.	MAS	Outras <u>não</u> conseguem que as suas ideias sejam aceites.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são <u>melhores</u> do que as outras da mesma idade a fazer desporto.	MAS	Outras acham que <u>não</u> são capazes de fazer desporto tão bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que o seu aspecto físico (a sua aparência) fosse <u>diferente</u> .	MAS	Outras <u>gostam</u> do seu aspecto tal como é.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças arranjam muitas vezes <u>complicações</u> por causa das coisas que fazem.	MAS	Outras <u>não</u> costumam fazer coisas que as metam em complicações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>gostam</u> do tipo de pessoa que são.	MAS	Outras preferiam ser <u>outra</u> pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças são muito <u>boas</u> nos estudos.	MAS	Outras <u>não</u> são muito boas nos estudos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que <u>mais</u> crianças da sua idade gostassem delas.	MAS	Outras acham que a maior parte das crianças da sua idade <u>gostam</u> delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em jogos e desportos algumas crianças costumam <u>assistir</u> em vez de jogar.	MAS	Outras <u>jogam</u> a maior parte das vezes em vez de ficarem só a ver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que a sua cara ou os seus cabelos fossem <u>diferentes</u> .	MAS	Outras <u>gostam</u> da cara e do cabelo que têm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sou Tal e Qual Assim	Sou um Bocadi- nho Assim				Sou um Bocadi- nho Assim	Sou Tal e Qual Assim
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças fazem coisas que sabem que <u>não deviam</u> fazer.	MAS	Outras <u>quase nunca</u> fazem coisas que não devem fazer .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças estão muito <u>satisfeitas</u> por serem aquilo que são.	MAS	Outras gostavam de ser <u>diferentes</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm <u>difficuldade</u> na escola para descobrirem as respostas certas.	MAS	Outras quase sempre conseguem responder certo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm <u>todos</u> os amigos que gostavam de ter.	MAS	Outras gostavam de ter <u>mais</u> amigos porque sentem que têm poucos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm <u>difficuldade</u> em novas actividades desportivas.	MAS	Outras são <u>boas</u> desde o princípio em novas actividades desportivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são <u>bonitas</u> .	MAS	Outras acham que <u>não</u> são bonitas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças portam-se muito <u>bem</u> .	MAS	Outras acham <u>difficil</u> portar-se bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>não</u> gostam muito da maneira como fazem as coisas.	MAS	Outras acham <u>boa</u> a maneira como fazem as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo D – Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes

COMO É QUE EU SOU?

	Exactamente como eu	Como eu	Diferente de mim	Completamente diferente de mim
a) Alguns jovens gostam de ir ao cinema nos tempos livres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Alguns jovens são rápidos a fazer o seu trabalho escolar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Alguns jovens acham muito difícil fazer amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Alguns jovens são muito bons a praticar qualquer tipo de desporto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Alguns jovens não se sentem muito satisfeitos com a sua aparência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Alguns jovens conseguem, facilmente, namorar com as pessoas por quem se apaixonam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Alguns jovens arranjam complicações pela forma como se comportam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Alguns jovens têm um amigo especial em quem podem confiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Alguns jovens acham que têm dificuldade na expressão escrita e oral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Alguns jovens têm dificuldades na resolução de exercícios matemáticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Alguns jovens ficam muitas vezes desiludidos consigo próprios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Alguns jovens não conseguem obter bons resultados nos testes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Alguns jovens têm muitos amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Alguns jovens, pensam que poderiam desempenhar bem qualquer actividade desportiva, que fizessem pela 1ª vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Alguns jovens gostariam que o seu corpo fosse diferente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Alguns jovens acham que as pessoas da sua idade se apaixonariam, por eles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Alguns jovens fazem, geralmente, o que está certo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Alguns jovens têm um amigo especial com quem podem partilhar os seus segredos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Alguns jovens conseguem expressar-se muito bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Alguns jovens conseguem resolver problemas de Matemática muito rapidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Alguns jovens não gostam do modo como estão a encaminhar a sua vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Alguns jovens têm dificuldade em responder às questões que os professores colocam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Alguns jovens, têm dificuldade em que os outros gostem deles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Exactamente como eu	Como eu	Difere nte de mim	Completa- mente diferente de mim
23	Alguns jovens acham que são melhores a praticar desporto do que os outros jovens da sua idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Alguns jovens gostariam que a sua aparência física fosse diferente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Alguns jovens têm dificuldade em ser bem aceites pelas pessoas por quem se apaixonam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Alguns jovens, frequentemente, arranjam problemas com aquilo que fazem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Alguns jovens não têm um amigo especial para partilhar coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Alguns jovens têm grande facilidade em escrever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Alguns jovens acham que são bons alunos a Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Alguns jovens, a maior parte das vezes, estão satisfeitos consigo próprios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Alguns jovens percebem tudo o que os professores ensinam nas aulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Alguns jovens são muito bem aceites pelos colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Alguns jovens não são muito bons em jogos ao ar livre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Alguns jovens, acham que são bonitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Alguns jovens acham que são interessantes e divertidos nos seus encontros com elementos do sexo oposto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Alguns jovens, normalmente, comportam-se correctamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Alguns jovens têm um amigo especial a quem podem fazer confidências.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Alguns jovens têm boas notas a Português.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Alguns jovens têm dificuldades na resolução de problemas matemáticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Alguns jovens gostam do tipo de pessoa que são.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Alguns jovens não conseguem perceber as matérias escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Alguns jovens, acham que são bem aceites pelas pessoas da sua idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Alguns jovens sentem que não são muito atléticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Alguns jovens, gostam mesmo do seu aspecto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Alguns jovens têm dificuldade em fazer com que as pessoas do sexo oposto se sintam atraídas por eles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Alguns jovens, sentem-se muito bem com a maneira como se comportam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Alguns jovens, não têm um amigo especial para partilhar pensamentos e sentimentos muito pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Alguns jovens acham que não são bons alunos a Português.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Alguns jovens acham que não têm boas notas a Matemática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Alguns jovens estão satisfeitos com a sua maneira de ser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Alguns jovens têm dificuldade em conquistar as pessoas por quem se apaixonam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Alguns jovens não gostam da sua aparência física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Alguns jovens têm sentimentos negativos em relação a si próprios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo E – Questionário de Representações de Estilo de Vida Saudável

	Concordo Totalmen te	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Totalmen te
1-Ter cuidado com a alimentação contribui para um estilo de vida saudável					
2-Evitar praticar desporto ajuda a manter um estilo de vida saudável (ex.: corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)					
3-Dormir pelo menos 8 horas por dia contribui para um estilo de vida saudável					
4-Ingerir frequentemente alimentos ricos em gordura contribui para um estilo de vida saudável					
5-Manter as vacinas em dia contribui para um estilo de vida saudável					
6- Os alimentos com elevados níveis de açúcar devem ser ingeridos com frequência e sem controlo					
7-Ir anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i> (revisão) ajuda a manter um estilo de vida saudável					
8-Evitar comer com regularidade em cadeias de <i>fast-food</i> contribui para um estilo de vida saudável (ex.: hambúrgueres, pizzas, etc.)					
9-Andar a pé ou de bicicleta diariamente contribui para um estilo de vida saudável					

10- É importante ir ao dentista apenas quando se tem dor de dentes					
11- Planificar a dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes é importante para manter um estilo de vida saudável					
12- Frequentar ambientes ruidosos contribui para um estilo de vida saudável					
13- Ingerir alimentos com muito sal contribui para um estilo de vida saudável					
14- É importante evitar ambientes que tenham o ar poluído					
15- Devido aos efeitos da cafeína deve-se beber coca-cola para manter um estilo de vida saudável					
16- Passar muitas horas em frente à televisão ou computador ajuda a manter um estilo de vida saudável					
17- Evitar consumir bebidas gaseificadas contribui para um estilo de vida saudável					
18- Realizar actividades ou jogos que promovam o exercício físico contribui para um estilo de vida saudável					
19- Para manter um estilo de vida saudável é importante excluir as frutas e vegetais da alimentação					

Anexo F – Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

O MEU ESTILO DE VIDA

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia a dia em diversas áreas que estão associadas à saúde. Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasional mente	Quase nunca
Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana	A	B	C	D	E
Ando a pé ou de bicicleta diariamente	A	B	C	D	E
Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	A	B	C	D	E
Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	A	B	C	D	E
Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia	A	B	C	D	E
Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	A	B	C	D	E
Mantenho as minhas vacinas em dia	A	B	C	D	E
Verifico anualmente a minha pressão arterial	A	B	C	D	E
Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	A	B	C	D	E

Vou anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i>	A	B	C	D	E
Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais	A	B	C	D	E
Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade	A	B	C	D	E
Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança	A	B	C	D	E
Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico	A	B	C	D	E
Evito fumar	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos com gordura	A	B	C	D	E
Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola	A	B	C	D	E
Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames	A	B	C	D	E
Evito tomar tranquilizantes	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)	A	B	C	D	E
Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco	A	B	C	D	E
Evito os ambientes muito ruidosos	A	B	C	D	E
Evito os ambientes que tenham o ar poluído	A	B	C	D	E
Evito mudar de parceiro sexual	A	B	C	D	E
Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal	A	B	C	D	E
Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções	A	B	C	D	E

Anexo G – Análise da Consistência Interna das Diferentes Sub-Escalas da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes

(Alfa de Cronbach)

Dimensão Competência Escolar

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	41	11,4
	Excluídos ^a	319	88,6
	Total	360	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,473	6

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACCEscolar1	12,220	7,676	,202	,445
ACCEscolar7	12,244	6,889	,392	,343
ACCEscolar13	12,122	7,260	,209	,445
ACCEscolar19	12,146	8,478	,058	,516
ACCEscolar25	11,927	8,020	,196	,448
ACCEscolar31	12,268	6,351	,382	,334

Legenda: ACCEscolar – Escala de Autoconceito - Dimensão Competência Escolar

Dimensão Aceitação Social

Resumo de processamento do caso

	N	%
Casos Válido	41	11,4
Excluídos ^a	319	88,6
Total	360	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,640	2

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACASocial2	3,024	1,324	,475	.
ACASocial8	2,927	1,020	,475	.

Legenda: ACASocial – Escala de Autoconceito - Dimensão Aceitação Social

Dimensão Competência Atlética

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	41	11,4
	Excluídos ^a	319	88,6
	Total	360	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,319	6

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACCAletica3	13,024	7,374	,142	,282
ACCAletica9	13,415	8,299	-,079	,442
ACCAletica15	13,122	7,010	,163	,266
ACCAletica21	13,659	6,730	,204	,234
ACCAletica27	13,537	6,755	,183	,250
ACCAletica33	13,366	6,788	,307	,177

Legenda: ACCAtlética – Escala de Autoconceito - Dimensão Competência Atlética

Dimensão Aparência Física

Resumo de processamento do caso

	N	%
Casos Válido	41	11,4
Excluídos ^a	319	88,6
Total	360	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,788	5

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACApFísica4	9,951	15,048	,408	,794
ACApFísica10	10,659	11,880	,662	,714
ACApFísica16	10,805	12,661	,646	,722
ACApFísica22	10,415	12,699	,674	,714
ACApFísica28	10,561	13,552	,457	,786

Legenda: ACApFísica – Escala de Autoconceito - Dimensão Aparência Física

Dimensão Comportamento

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	41	11,4
	Excluídos ^a	319	88,6
	Total	360	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,725	5

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACComp5	11,220	8,776	,438	,696
ACComp11	10,829	8,745	,432	,699
ACComp17	10,707	7,912	,651	,612
ACComp23	11,220	9,476	,344	,729
ACComp35	10,951	7,848	,573	,641

Legenda: ACComp – Escala de Autoconceito - Dimensão Comportamento

Sub-Escala Auto-Estima Global

Resumo de processamento do caso

	N	%
Casos Válido	41	11,4
Excluídos ^a	319	88,6
Total	360	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,760	6

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACAEG6	15,073	14,620	,515	,722
ACAEG12	14,561	14,702	,493	,728
ACAEG18	14,390	15,144	,562	,711
ACAEG24	14,659	15,430	,455	,737
ACAEG30	14,707	14,162	,609	,696
ACAEG36	14,902	16,240	,384	,754

Legenda: ACAEG – Escala de Autoconceito - Auto-Estima Global

Anexo H – Análise da Consistência Interna das Diferentes Sub-Escalas da Escala de Autoconceito e Auto-Estima para Adolescentes

(Alfa de Cronbach)

Dimensão Competência Escolar

Resumo de processamento do caso

	N	%
Casos Válido	69	13,8
Excluídos ^a	431	86,2
Total	500	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,696	2

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACCEscolar11	2,551	,575	,534	.
ACCEscolar31	2,754	,659	,534	.

Legenda: ACCEscolar – Escala de Autoconceito - Dimensão Competência Escolar

Dimensão Aceitação Social

Resumo de processamento do caso

	N	%
Casos Válido	69	100,0
Excluídos ^a	0	,0
Total	69	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,851	5

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACASocial2	12,058	7,026	,731	,802
ACASocial12	12,290	7,327	,699	,811
ACASocial22	12,493	7,518	,585	,841
ACASocial32	12,391	6,977	,673	,819
ACASocial42	12,391	7,889	,636	,828

Legenda: ACASocial – Escala de Autoconceito - Dimensão Aceitação Social

Dimensão Competência Atlética

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	69	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	69	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,780	5

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACCAletica3	10,652	6,760	,771	,667
ACCAletica13	11,058	7,114	,650	,707
ACCAletica23	10,957	7,454	,504	,757
ACCAletica33	10,507	7,960	,439	,776
ACCAletica43	10,855	7,714	,442	,777

Legenda: ACCAtletica – Escala de Autoconceito - Dimensão Competência Atlética

Dimensão Aparência Física

Resumo de processamento do caso

	N	%
Casos Válido	69	13,8
Excluídos ^a	431	86,2
Total	500	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,905	6

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACApFísica4	12,855	14,979	,800	,879
ACApFísica14	13,174	14,705	,748	,887
ACApFísica24	13,232	15,592	,717	,891
ACApFísica52	13,029	14,852	,820	,876
ACApFísica34	13,130	15,850	,678	,896
ACApFísica44	13,058	15,850	,670	,898

Legenda: ACApFísica – Escala de Autoconceito - Dimensão Aparência Física

Dimensão Atracção Romântica

Resumo de processamento do caso

	N	%
Casos Válido	69	100,0
Excluídos ^a	0	,0
Total	69	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,778	6

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACARoman5	12,739	8,931	,483	,756
ACARoman15	13,043	9,366	,488	,754
ACARoman25	12,667	8,725	,530	,743
ACARoman35	12,391	9,095	,510	,748
ACARoman45	12,609	8,742	,533	,743
ACARoman51	12,710	8,532	,606	,724

Legenda: ACARoman – Escala de Autoconceito - Dimensão Atracção Romântica

Dimensão Comportamento

Resumo de processamento do caso

	N	%
Casos Válido	69	100,0
Excluídos ^a	0	,0
Total	69	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,711	5

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACComp6	12,029	3,911	,535	,634
ACComp16	12,333	5,255	,272	,730
ACComp26	12,087	4,022	,584	,612
ACComp36	12,304	3,980	,595	,607
ACComp46	12,232	4,975	,361	,702

Legenda: ACComp – Escala de Autoconceito - Dimensão Comportamento

Dimensão Amizades Íntimas

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	69	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	69	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,722	5

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACAmInt7	13,493	5,430	,377	,712
ACAmInt17	13,710	4,238	,564	,639
ACAmInt27	13,754	4,777	,353	,731
ACAmInt37	13,667	4,284	,727	,585
ACAmInt47	13,783	4,437	,451	,690

Legenda: ACAmInt – Escala de Autoconceito - Dimensão Amizades Íntimas

Dimensão Competência em Língua Materna

Resumo de processamento do caso

	N	%
Casos Válido	69	100,0
Excluídos ^a	0	,0
Total	69	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,590	5

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACCLM8	10,971	5,382	,438	,482
ACCLM18	10,884	6,280	,262	,576
ACCLM28	11,000	5,794	,310	,555
ACCLM38	11,261	5,343	,441	,480
ACCLM48	11,246	6,012	,284	,568

Legenda: ACCLM – Escala de Autoconceito - Dimensão Competência em Língua Materna

Dimensão Competência em Matemática

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	69	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	69	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,896	5

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACCMat9	8,957	11,042	,856	,846
ACCMat19	9,101	11,504	,821	,855
ACCMat29	9,145	11,890	,837	,853
ACCMat39	8,826	12,587	,641	,895
ACCMat49	8,841	13,224	,578	,907

Legenda: ACCMat – Escala de Autoconceito - Dimensão Competência em Matemática

Sub-Escala Auto-Estima Global

Resumo de processamento do caso

	N	%
Casos Válido	69	13,8
Excluídos ^a	431	86,2
Total	500	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,821	5

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ACAEG10	11,681	6,220	,665	,770
ACAEG30	11,261	7,137	,598	,791
ACAEG40	11,087	6,816	,583	,794
ACAEG50	10,942	7,614	,521	,811
ACAEG53	11,377	5,915	,717	,753

Legenda: ACAEG – Escala de Autoconceito - Auto-Estima Global

Anexo I – Análise Factorial do Questionário das Representações de Estilo de Vida Saudável
1ª Análise Factorial

Comunalidades

	Inicial	Extração
RVSN1	1,000	,560
RVSEF2	1,000	,628
RVSAC3	1,000	,470
RVSN4	1,000	,604
RVSAC5	1,000	,729
RVSN6	1,000	,713
RVSAC7	1,000	,590
RVSN8	1,000	,532
RVSEF9	1,000	,690
RVSAC10	1,000	,621
RVSN11	1,000	,610
RVAC12	1,000	,633
RVSN13	1,000	,696
RVSAC14	1,000	,415
RVSAC15	1,000	,711
RVSAC16	1,000	,808
RVSAC17	1,000	,574
RVSEF18	1,000	,626
RVSN19	1,000	,572

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente rotativa^a

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
RVSN1			,581			
RVSEF2	,661					
RVSAC3			,517	,418		
RVSN4	,710					
RVSAC5			,794			
RVSN6	,739					
RVSAC7			,657			
RVSN8						,662
RVSEF9		,721				
RVSAC10				,677		
RVSN11		,741				
RVAC12	,423		,442			
RVSN13				,756		
RVSAC14						,450
RVSAC15					,767	
RVSAC16					,860	
RVSAC17						,724
RVSEF18		,657				
RVSN19	,619					

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 9 iterações.

Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	4,470	23,528	23,528	4,470	23,528	23,528	2,492	13,114	13,114
2	2,028	10,673	34,201	2,028	10,673	34,201	2,119	11,153	24,268
3	1,547	8,141	42,342	1,547	8,141	42,342	2,079	10,944	35,211
4	1,378	7,254	49,597	1,378	7,254	49,597	1,814	9,546	44,757
5	1,339	7,049	56,645	1,339	7,049	56,645	1,813	9,540	54,297
6	1,019	5,361	62,006	1,019	5,361	62,006	1,465	7,710	62,006
7	,959	5,048	67,054						
8	,923	4,860	71,914						
9	,776	4,085	75,999						
10	,700	3,682	79,681						
11	,617	3,250	82,931						
12	,585	3,077	86,008						
13	,549	2,887	88,895						
14	,455	2,396	91,291						
15	,433	2,281	93,572						
16	,370	1,949	95,521						
17	,322	1,694	97,215						
18	,280	1,474	98,689						
19	,249	1,311	100,000						

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Legenda: RVSN – Representações de Vida Saudável – Categoria Nutrição; RVSAC – Representações de Vida Saudável – Categoria Autocuidado; RVSEF – Representações de Vida Saudável – Categoria Exercício Físico

Questionário das Representações de Estilo de Vida Saudável
2ª Análise Factorial

Comunalidades

	Inicial	Extração
RVSN1	1,000	,517
RVSEF2	1,000	,329
RVSAC3	1,000	,245
RVSN4	1,000	,448
RVSAC5	1,000	,428
RVSN6	1,000	,626
RVSAC7	1,000	,575
RVSN8	1,000	,263
RVSEF9	1,000	,622
RVSAC10	1,000	,432
RVSN11	1,000	,466
RVAC12	1,000	,264
RVSN13	1,000	,328
RVSAC14	1,000	,238
RVSAC15	1,000	,574
RVSAC16	1,000	,568
RVSAC17	1,000	,257
RVSEF18	1,000	,396
RVSN19	1,000	,468

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente rotativa^a

	Componente		
	1	2	3
RVSN1		,687	
RVSEF2	,540		
RVSAC3		,447	
RVSN4	,616		
RVSAC5		,645	
RVSN6	,738		
RVSAC7		,757	
RVSN8			-,451
RVSEF9		,601	,468
RVSAC10	,610		
RVSN11		,502	,460
RVAC12	,473		
RVSN13	,572		
RVSAC14			
RVSAC15	,582		,461
RVSAC16	,523		,525
RVSAC17			-,495
RVSEF18		,552	
RVSN19	,657		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 7 iterações.

Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	4,470	23,528	23,528	4,470	23,528	23,528	3,440	18,106	18,106
2	2,028	10,673	34,201	2,028	10,673	34,201	2,846	14,978	33,085
3	1,547	8,141	42,342	1,547	8,141	42,342	1,759	9,258	42,342
4	1,378	7,254	49,597						
5	1,339	7,049	56,645						
6	1,019	5,361	62,006						
7	,959	5,048	67,054						
8	,923	4,860	71,914						
9	,776	4,085	75,999						
10	,700	3,682	79,681						
11	,617	3,250	82,931						
12	,585	3,077	86,008						
13	,549	2,887	88,895						
14	,455	2,396	91,291						
15	,433	2,281	93,572						
16	,370	1,949	95,521						
17	,322	1,694	97,215						
18	,280	1,474	98,689						
19	,249	1,311	100,000						

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Questionário das Representações de Estilo de Vida Saudável
3ª Análise Factorial

Comunalidades

	Inicial	Extração
RVSN1	1,000	,306
RVSEF2	1,000	,324
RVSAC3	1,000	,106
RVSN4	1,000	,414
RVSAC5	1,000	,375
RVSN6	1,000	,603
RVSAC7	1,000	,460
RVSN8	1,000	,065
RVSEF9	1,000	,600
RVSAC10	1,000	,417
RVSN11	1,000	,439
RVAC12	1,000	,252
RVSN13	1,000	,321
RVSAC14	1,000	,121
RVSAC15	1,000	,394
RVSAC16	1,000	,341
RVSAC17	1,000	,112
RVSEF18	1,000	,386
RVSN19	1,000	,465

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente rotativa^a

	Componente	
	1	2
RVSN1		,532
RVSEF2	,550	
RVSAC3		
RVSN4	,567	
RVSAC5		,609
RVSN6	,693	
RVSAC7		,677
RVSN8		
RVSEF9		,766
RVSAC10	,645	
RVSN11		,662
RVAC12	,494	
RVSN13	,565	
RVSAC14		
RVSAC15	,481	,403
RVSAC16	,411	,414
RVSAC17		
RVSEF18		,572
RVSN19	,681	

Método de Extração: Análise de Componente Principal.
Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a
a. Rotação convergida em 3 iterações.

Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	4,470	23,528	23,528	4,470	23,528	23,528	3,272	17,222	17,222
2	2,028	10,673	34,201	2,028	10,673	34,201	3,226	16,979	34,201
3	1,547	8,141	42,342						
4	1,378	7,254	49,597						
5	1,339	7,049	56,645						
6	1,019	5,361	62,006						
7	,959	5,048	67,054						
8	,923	4,860	71,914						
9	,776	4,085	75,999						
10	,700	3,682	79,681						
11	,617	3,250	82,931						
12	,585	3,077	86,008						
13	,549	2,887	88,895						
14	,455	2,396	91,291						
15	,433	2,281	93,572						
16	,370	1,949	95,521						
17	,322	1,694	97,215						
18	,280	1,474	98,689						
19	,249	1,311	100,000						

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Questionário das Representações de Estilo de Vida Saudável

4ª Análise Factorial

(itens com cargas factoriais não inferiores a .50)

Comunalidades

	Inicial	Extração
RVSEF2	1,000	,329
RVSN4	1,000	,448
RVSAC5	1,000	,428
RVSN6	1,000	,626
RVSAC7	1,000	,575
RVSEF9	1,000	,622
RVSAC10	1,000	,432
RVSN11	1,000	,466
RVAC12	1,000	,264
RVSN13	1,000	,328
RVSAC15	1,000	,574
RVSEF18	1,000	,396
RVSN19	1,000	,468
RVSN1	1,000	,517
RVSAC16	1,000	,568
RVSAC3	1,000	,245
RVSN8	1,000	,263
RVSAC14	1,000	,238
RVSAC17	1,000	,257

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente rotativa^a

	Componente		
	1	2	3
RVSEF2	,540		
RVSN4	,616		
RVSAC5		,645	
RVSN6	,738		
RVSAC7		,757	
RVSEF9		,601	
RVSAC10	,610		
RVSN11		,502	
RVAC12			
RVSN13	,572		
RVSAC15	,582		
RVSEF18		,552	
RVSN19	,657		
RVSN1		,687	
RVSAC16	,523		,525
RVSAC3			
RVSN8			
RVSAC14			
RVSAC17			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 7 iterações.

Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somos de extração de carregamentos ao quadrado			Somos rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	4,470	23,528	23,528	4,470	23,528	23,528	3,440	18,106	18,106
2	2,028	10,673	34,201	2,028	10,673	34,201	2,846	14,978	33,085
3	1,547	8,141	42,342	1,547	8,141	42,342	1,759	9,258	42,342
4	1,378	7,254	49,597						
5	1,339	7,049	56,645						
6	1,019	5,361	62,006						
7	,959	5,048	67,054						
8	,923	4,860	71,914						
9	,776	4,085	75,999						
10	,700	3,682	79,681						
11	,617	3,250	82,931						
12	,585	3,077	86,008						
13	,549	2,887	88,895						
14	,455	2,396	91,291						
15	,433	2,281	93,572						
16	,370	1,949	95,521						
17	,322	1,694	97,215						
18	,280	1,474	98,689						
19	,249	1,311	100,000						

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Questionário das Representações de Estilo de Vida Saudável
5ª Análise Factorial

Comunalidades

	Inicial	Extração
RVSEF2	1,000	,653
RVSN4	1,000	,590
RVSAC5	1,000	,846
RVSN6	1,000	,681
RVSAC7	1,000	,582
RVSEF9	1,000	,728
RVSAC10	1,000	,627
RVSN11	1,000	,613
RVSN13	1,000	,768
RVSAC15	1,000	,740
RVSEF18	1,000	,608
RVSN19	1,000	,567
RVSN1	1,000	,703
RVSAC16	1,000	,810

Método de Extração: Análise de
Componente Principal.

Matriz de componente rotativa^a

	Componente				
	1	2	3	4	5
RVSEF2	,788				
RVSN4	,696				
RVSAC5				,859	
RVSN6	,682				
RVSAC7				,576	
RVSEF9		,771			
RVSAC10					,734
RVSN11		,766			
RVSN13					,811
RVSAC15			,782		
RVSEF18		,696			
RVSN19	,550				,510
RVSN1				,736	
RVSAC16			,850		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 7 iterações.

Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	4,177	29,835	29,835	4,177	29,835	29,835	2,170	15,499	15,499
2	1,880	13,429	43,264	1,880	13,429	43,264	2,137	15,264	30,763
3	1,277	9,122	52,386	1,277	9,122	52,386	1,761	12,580	43,343
4	1,160	8,287	60,672	1,160	8,287	60,672	1,742	12,441	55,784
5	1,021	7,295	67,967	1,021	7,295	67,967	1,706	12,183	67,967
6	,769	5,492	73,459						
7	,711	5,081	78,540						
8	,650	4,646	83,186						
9	,578	4,129	87,315						
10	,473	3,377	90,692						
11	,394	2,816	93,509						
12	,336	2,398	95,907						
13	,303	2,163	98,070						
14	,270	1,930	100,000						

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Questionário das Representações de Estilo de Vida Saudável
6ª Análise Factorial

Comunalidades

	Inicial	Extração
RVSN4	1,000	,437
RVSAC5	1,000	,664
RVSN6	1,000	,611
RVSAC7	1,000	,466
RVSAC10	1,000	,456
RVSN13	1,000	,417
RVSAC15	1,000	,534
RVSN19	1,000	,486
RVSAC16	1,000	,497

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente rotativa^a

	Componente	
	1	2
RVSN4	,602	
RVSAC5		,811
RVSN6	,678	
RVSAC7		,681
RVSAC10	,673	
RVSN13	,645	
RVSAC15	,494	,539
RVSN19	,695	
RVSAC16	,424	,563

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 3 iterações.

Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	3,119	34,657	34,657	3,119	34,657	34,657	2,606	28,952	28,952
2	1,449	16,100	50,757	1,449	16,100	50,757	1,962	21,805	50,757
3	1,024	11,381	62,138						
4	,899	9,994	72,132						
5	,718	7,978	80,110						
6	,664	7,377	87,487						
7	,423	4,701	92,187						
8	,392	4,358	96,545						
9	,311	3,455	100,000						

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Questionário das Representações de Estilo de Vida Saudável
7ª Análise Factorial

Comunalidades		
	Inicial	Extração
RVSN4	1,000	,467
RVSN6	1,000	,630
RVSN13	1,000	,365
RVSN19	1,000	,471
RVSAC5	1,000	,751
RVSAC7	1,000	,533
RVSAC15	1,000	,544
RVSAC16	1,000	,510

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente rotativa ^a		
	Componente	
	1	2
RVSN4	,672	
RVSN6	,759	
RVSN13	,598	
RVSN19	,664	
RVSAC5		,866
RVSAC7		,728
RVSAC15	,635	
RVSAC16	,600	

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 3 iterações.

Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,917	36,463	36,463	2,917	36,463	36,463	2,595	32,432	32,432
2	1,353	16,913	53,376	1,353	16,913	53,376	1,676	20,944	53,376
3	,978	12,219	65,595						
4	,867	10,833	76,428						
5	,667	8,341	84,769						
6	,509	6,367	91,136						
7	,398	4,972	96,108						
8	,311	3,892	100,000						

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Questionário das Representações de Estilo de Vida Saudável
8ª Análise Factorial

Comunalidades

	Inicial	Extração
RVSN4	1,000	,572
RVSN6	1,000	,669
RVSAC15	1,000	,743
RVSN19	1,000	,631
RVSAC16	1,000	,828
RVSN13	1,000	,294

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente rotativa^a

	Componente	
	1	2
RVSN4	,724	
RVSN6	,720	
RVSAC15		,832
RVSN19	,794	
RVSAC16		,901
RVSN13	,426	

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 3 iterações.

Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,736	45,595	45,595	2,736	45,595	45,595	1,923	32,049	32,049
2	1,002	16,696	62,291	1,002	16,696	62,291	1,815	30,242	62,291
3	,843	14,048	76,338						
4	,668	11,133	87,471						
5	,412	6,863	94,335						
6	,340	5,665	100,000						

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Anexo J – Análise da Consistência Interna da Categoria Exercício Físico do Questionário das Representações de Estilo de Vida Saudável

(Alfa de Cronbach)

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	110	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	110	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,438	3

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
RVSEF2	8,99	1,917	,216	,625
RVSEF9	8,29	3,639	,384	,261
RVSEF18	8,45	3,295	,328	,267

Legenda: RVSEF – Representações de Vida Saudável – Categoria Exercício Físico

Anexo K – Análise da Consistência Interna das Categorias do Questionário das Representações de Estilo de Vida Saudável

(Alfa de Cronbach)

Categoria Nutrição

Resumo de processamento do caso			
		N	%
Casos	Válido	110	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	110	100,0

Estatísticas de confiabilidade	
Alfa de Cronbach	N de itens
,663	4

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item-total				
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
RVSN4	11,59	8,317	,484	,572
RVSN6	11,48	7,995	,580	,515
RVSN13	11,62	9,853	,338	,660
RVSN19	12,14	6,486	,441	,632

Legenda: RVSN – Representações de Vida Saudável – Categoria Nutrição

Categoria Autocuidado

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	110	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	110	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,765	2

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
RVSAC15	3,91	1,074	,624	.
RVSAC16	3,82	1,361	,624	.

Legenda: RVSAC – Representações de Vida Saudável – Categoria Autocuidado

Anexo L – Diferenças nas várias dimensões do autoconceito, em função da idade e grau de obesidade – MANOVA

Fatores entre assuntos

		Rótulo de valor	N
Grupo	1,00	PA	40
	2,00	A	67
IMC_REC	1,00	Normal	72
	2,00	PO_O	35

Estatísticas descritivas

	Grupo	IMC_REC	Média	Desvio Padrão	N
AS	PA	Normal	2,9375	,92446	24
		PO_O	2,9688	,95688	16
		Total	2,9500	,92542	40
	A	Normal	3,1667	,56769	48
		PO_O	2,8421	,85785	19
		Total	3,0746	,67225	67
	Total	Normal	3,0903	,70853	72
		PO_O	2,9000	,89311	35
		Total	3,0280	,77469	107
AF	PA	Normal	2,7667	,76594	24
		PO_O	2,4375	1,04363	16
		Total	2,6350	,88970	40
	A	Normal	2,7361	,71030	48
		PO_O	2,4035	,88072	19
		Total	2,6418	,77049	67
	Total	Normal	2,7463	,72405	72
		PO_O	2,4190	,94417	35
		Total	2,6393	,81294	107
C	PA	Normal	2,8667	,69699	24
		PO_O	2,5750	,72984	16
		Total	2,7500	,71576	40
	A	Normal	3,0708	,48901	48
		PO_O	3,0211	,58078	19
		Total	3,0567	,51264	67
	Total	Normal	3,0028	,57014	72
		PO_O	2,8171	,68147	35
		Total	2,9421	,61184	107

Legenda: IMC_REC – Índice de Massa Corporal; PA – Pré-Adolescentes; A – Adolescentes; Normal – Jovens não obesos; PO_O – Jovens pré-obesos e obesos; AS – Aceitação Social; AF – Aparência Física; C - Comportamento

**Teste de caixa de
igualdade de matrizes de
covariância^a**

M de Box	23,866
Z	1,239
df1	18
df2	14976,717
Sig.	,219

Testa a hipótese nula de
que as matrizes de
covariância observadas
das variáveis dependentes
são iguais entre grupos.

a. Design: Interceptação +
Grupo + IMC_REC +
Grupo * IMC_REC

Testes multivariáveis^a

Efeito		Valor	Z	df de hipótese	Erro df	Sig.
Interceptação	Rastreamento de Pillai	,967	982,517 ^b	3,000	101,000	,000
	Lambda de Wilks	,033	982,517 ^b	3,000	101,000	,000
	Rastreamento de Hotelling	29,184	982,517 ^b	3,000	101,000	,000
	Maior raiz de Roy	29,184	982,517 ^b	3,000	101,000	,000
Grupo	Rastreamento de Pillai	,065	2,333 ^b	3,000	101,000	,079
	Lambda de Wilks	,935	2,333 ^b	3,000	101,000	,079
	Rastreamento de Hotelling	,069	2,333 ^b	3,000	101,000	,079
	Maior raiz de Roy	,069	2,333 ^b	3,000	101,000	,079
IMC_REC	Rastreamento de Pillai	,046	1,605 ^b	3,000	101,000	,193
	Lambda de Wilks	,954	1,605 ^b	3,000	101,000	,193
	Rastreamento de Hotelling	,048	1,605 ^b	3,000	101,000	,193
	Maior raiz de Roy	,048	1,605 ^b	3,000	101,000	,193
Grupo * IMC_REC	Rastreamento de Pillai	,028	,980 ^b	3,000	101,000	,405
	Lambda de Wilks	,972	,980 ^b	3,000	101,000	,405
	Rastreamento de Hotelling	,029	,980 ^b	3,000	101,000	,405
	Maior raiz de Roy	,029	,980 ^b	3,000	101,000	,405

a. Design: Interceptação + Grupo + IMC_REC + Grupo * IMC_REC

b. Estatística exata

Testes de efeitos entre assuntos

Origem	Variável dependente	Tipo III Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Modelo corrigido	AS	1,832 ^a	3	,611	1,018	,388
	AF	2,547 ^b	3	,849	1,295	,280
	C	3,207 ^c	3	1,069	3,018	,033
Interceptação	AS	799,226	1	799,226	1332,396	,000
	AF	602,336	1	602,336	919,042	,000
	C	748,869	1	748,869	2114,749	,000
Grupo	AS	,059	1	,059	,099	,754
	AF	,023	1	,023	,036	,850
	C	2,380	1	2,380	6,721	,011
IMC_REC	AS	,484	1	,484	,807	,371
	AF	2,465	1	2,465	3,762	,055
	C	,656	1	,656	1,853	,176
Grupo * IMC_REC	AS	,713	1	,713	1,188	,278
	AF	6,645E-5	1	6,645E-5	,000	,992
	C	,329	1	,329	,930	,337
Erro	AS	61,784	103	,600		
	AF	67,506	103	,655		
	C	36,474	103	,354		
Total	AS	1044,700	107			
	AF	815,378	107			
	C	965,840	107			
Total corrigido	AS	63,616	106			
	AF	70,053	106			
	C	39,681	106			

a. R Quadrado = ,029 (R Quadrado Ajustado = ,001)

b. R Quadrado = ,036 (R Quadrado Ajustado = ,008)

c. R Quadrado = ,081 (R Quadrado Ajustado = ,054)

Legenda: IMC_REC – Índice de Massa Corporal; PA – Pré-Adolescentes; A – Adolescentes; Normal – Jovens não obesos; PO_O – Jovens pré-obesos e obesos; AS – Aceitação Social; AF – Aparência Física; C – Comportamento

Anexo M – Diferenças nas várias dimensões do autoconceito, em função do gênero e grau de obesidade – MANOVA

Fatores entre assuntos

		Rótulo de valor	N
IMC_REC	1,00	Normal	72
	2,00	PO_O	35
Sexo	1	Masculino	55
	2	Feminino	52

Estatísticas descritivas

	IMC_REC	Sexo	Média	Desvio Padrão	N
AS	Normal	Masculino	3,2128	,65902	39
		Feminino	2,9455	,74712	33
		Total	3,0903	,70853	72
	PO_O	Masculino	3,0125	,92005	16
		Feminino	2,8053	,88347	19
		Total	2,9000	,89311	35
	Total	Masculino	3,1545	,74107	55
		Feminino	2,8942	,79395	52
		Total	3,0280	,77469	107
AF	Normal	Masculino	2,8855	,57205	39
		Feminino	2,5818	,85033	33
		Total	2,7463	,72405	72
	PO_O	Masculino	2,7937	,91815	16
		Feminino	2,1035	,86687	19
		Total	2,4190	,94417	35
	Total	Masculino	2,8588	,68280	55
		Feminino	2,4071	,87920	52
		Total	2,6393	,81294	107
C	Normal	Masculino	2,9846	,60242	39
		Feminino	3,0242	,53795	33
		Total	3,0028	,57014	72
	PO_O	Masculino	2,6250	,54099	16
		Feminino	2,9789	,75688	19
		Total	2,8171	,68147	35
	Total	Masculino	2,8800	,60320	55
		Feminino	3,0077	,61988	52
		Total	2,9421	,61184	107

Legenda: IMC_REC – Índice de Massa Corporal; Normal – Jovens não obesos; PO_O – Jovens pré-obesos e obesos; AS – Aceitação Social; AF – Aparência Física; C – Comportamento

**Teste de caixa de
igualdade de matrizes de
covariância^a**

M de Box	16,189
Z	,843
df1	18
df2	15544,795
Sig.	,650

Testa a hipótese nula de
que as matrizes de
covariância observadas
das variáveis dependentes
são iguais entre grupos.

a. Design: Interceptação +
IMC_REC + Sexo +
IMC_REC * Sexo

Testes multivariáveis^a

Efeito		Valor	Z	df de hipótese	Erro df	Sig.
Interceptação	Rastreamento de Pillai	,968	1006,933 ^b	3,000	101,000	,000
	Lambda de Wilks	,032	1006,933 ^b	3,000	101,000	,000
	Rastreamento de Hotelling	29,909	1006,933 ^b	3,000	101,000	,000
	Maior raiz de Roy	29,909	1006,933 ^b	3,000	101,000	,000
IMC_REC	Rastreamento de Pillai	,045	1,590 ^b	3,000	101,000	,196
	Lambda de Wilks	,955	1,590 ^b	3,000	101,000	,196
	Rastreamento de Hotelling	,047	1,590 ^b	3,000	101,000	,196
	Maior raiz de Roy	,047	1,590 ^b	3,000	101,000	,196
Sexo	Rastreamento de Pillai	,135	5,238 ^b	3,000	101,000	,002
	Lambda de Wilks	,865	5,238 ^b	3,000	101,000	,002
	Rastreamento de Hotelling	,156	5,238 ^b	3,000	101,000	,002
	Maior raiz de Roy	,156	5,238 ^b	3,000	101,000	,002
IMC_REC * Sexo	Rastreamento de Pillai	,036	1,260 ^b	3,000	101,000	,292
	Lambda de Wilks	,964	1,260 ^b	3,000	101,000	,292
	Rastreamento de Hotelling	,037	1,260 ^b	3,000	101,000	,292
	Maior raiz de Roy	,037	1,260 ^b	3,000	101,000	,292

a. Design: Interceptação + IMC_REC + Sexo + IMC_REC * Sexo

b. Estatística exata

Testes de efeitos entre assuntos

Origem	Variável dependente	Tipo III Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Modelo corrigido	AS	2,504 ^a	3	,835	1,406	,245
	AF	8,308 ^b	3	2,769	4,620	,004
	C	1,928 ^c	3	,643	1,753	,161
Interceptação	AS	838,375	1	838,375	1413,013	,000
	AF	627,932	1	627,932	1047,495	,000
	C	788,290	1	788,290	2150,663	,000
IMC_REC	AS	,678	1	,678	1,142	,288
	AF	1,899	1	1,899	3,168	,078
	C	,958	1	,958	2,615	,109
Sexo	AS	1,317	1	1,317	2,219	,139
	AF	5,774	1	5,774	9,632	,002
	C	,905	1	,905	2,470	,119
IMC_REC * Sexo	AS	,021	1	,021	,036	,851
	AF	,874	1	,874	1,457	,230
	C	,578	1	,578	1,576	,212
Erro	AS	61,112	103	,593		
	AF	61,744	103	,599		
	C	37,753	103	,367		
Total	AS	1044,700	107			
	AF	815,378	107			
	C	965,840	107			
Total corrigido	AS	63,616	106			
	AF	70,053	106			
	C	39,681	106			

a. R Quadrado = ,039 (R Quadrado Ajustado = ,011)

b. R Quadrado = ,119 (R Quadrado Ajustado = ,093)

c. R Quadrado = ,049 (R Quadrado Ajustado = ,021)

Legenda: IMC_REC – Índice de Massa Corporal; Normal – Jovens não obesos; PO_O – Jovens pré-obesos e obesos; AS – Aceitação Social; AF – Aparência Física; C - Comportamento

Anexo N – Diferenças na sub-escala auto-estima global, em função da idade e grau de obesidade – ANOVA

Fatores entre assuntos

		Rótulo de valor	N
Grupo	1,00	PA	40
	2,00	A	67
IMC_REC	1,00	Normal	72
	2,00	PO_O	35

Estatísticas descritivas

Variável dependente: AEG

Grupo	IMC_REC	Média	Desvio Padrão	N
PA	Normal	3,1319	,65197	24
	PO_O	2,6354	,84375	16
	Total	2,9333	,76497	40
A	Normal	2,8917	,55805	48
	PO_O	2,6421	,80713	19
	Total	2,8209	,64209	67
Total	Normal	2,9718	,59738	72
	PO_O	2,6390	,81178	35
	Total	2,8629	,68920	107

Legenda: IMC_REC – Índice de Massa Corporal; PA – Pré-Adolescentes; A – Adolescentes; Normal – Jovens não obesos; PO_O – Jovens pré-obesos e obesos

Teste de igualdade de variâncias de erro de Levene^a

Variável dependente: AEG

Z	df1	df2	Sig.
2,084	3	103	,107

Testa a hipótese nula de que a variância de erro da variável dependente é igual entre grupos.

a. Design: Intercepção + Grupo + IMC_REC + Grupo * IMC_REC

Testes de efeitos entre assuntos

Variável dependente: AEG

Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Modelo corrigido	3,531 ^a	3	1,177	2,590	,057
Interceptação	718,992	1	718,992	1581,773	,000
Grupo	,307	1	,307	,676	,413
IMC_REC	3,134	1	3,134	6,894	,010
Grupo * IMC_REC	,343	1	,343	,755	,387
Erro	46,818	103	,455		
Total	927,360	107			
Total corrigido	50,350	106			

a. R Quadrado = ,070 (R Quadrado Ajustado = ,043)

Anexo O – Diferenças na sub-escala auto-estima global, em função do género e grau de obesidade – ANOVA

Fatores entre assuntos			
		Rótulo de valor	N
IMC_REC	1,00	Normal	72
	2,00	PO_O	35
Sexo	1	Masculino	55
	2	Feminino	52

Legenda: IMC_REC – Índice de Massa Corporal; Normal – Jovens não obesos; PO_O – Jovens pré-obesos e obesos

Testes de efeitos entre assuntos					
Variável dependente: AEG					
Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Modelo corrigido	5,579 ^a	3	1,860	4,278	,007
Interceptação	735,152	1	735,152	1691,301	,000
IMC_REC	2,190	1	2,190	5,039	,027
Sexo	2,331	1	2,331	5,363	,023
IMC_REC * Sexo	,050	1	,050	,114	,736
Erro	44,771	103	,435		
Total	927,360	107			
Total corrigido	50,350	106			

a. R Quadrado = ,111 (R Quadrado Ajustado = ,085)

Teste de igualdade de variâncias de erro de Levene^a

Variável dependente: AEG

Z	df1	df2	Sig.
2,964	3	103	,036

Testa a hipótese nula de que a variância de erro da variável dependente é igual entre grupos.

a. Design: Interceptação + IMC_REC + Sexo + IMC_REC * Sexo

Testes de efeitos entre assuntos

Variável dependente: AEG

Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Modelo corrigido	5,579 ^a	3	1,860	4,278	,007
Interceptação	735,152	1	735,152	1691,301	,000
IMC_REC	2,190	1	2,190	5,039	,027
Sexo	2,331	1	2,331	5,363	,023
IMC_REC * Sexo	,050	1	,050	,114	,736
Erro	44,771	103	,435		
Total	927,360	107			
Total corrigido	50,350	106			

a. R Quadrado = ,111 (R Quadrado Ajustado = ,085)

Anexo P – Diferenças nas categorias das representações de estilos de vida saudável, em função da idade e grau de obesidade – MANOVA

Fatores entre assuntos

		Rótulo de valor	N
Grupo	1,00	PA	40
	2,00	A	67
IMC_REC	1,00	Normal	72
	2,00	PO_O	35

Estatísticas descritivas

	Grupo	IMC_REC	Média	Desvio Padrão	N
AC	PA	Normal	3,7292	1,01059	24
		PO_O	4,0938	,95252	16
		Total	3,8750	,99195	40
	A	Normal	3,8750	1,04932	48
		PO_O	3,8158	,94591	19
		Total	3,8582	1,01431	67
	Total	Normal	3,8264	1,03175	72
		PO_O	3,9429	,94536	35
		Total	3,8645	1,00134	107
N	PA	Normal	3,4271	,81920	24
		PO_O	3,5938	,97841	16
		Total	3,4938	,87795	40
	A	Normal	4,1302	,82994	48
		PO_O	4,1711	,82938	19
		Total	4,1418	,82368	67
	Total	Normal	3,8958	,88587	72
		PO_O	3,9071	,93362	35
		Total	3,8995	,89736	107

Legenda: IMC_REC – Índice de Massa Corporal; PA – Pré-Adolescentes; A – Adolescentes; Normal – Jovens não obesos; PO_O – Jovens pré-obesos e obesos; AC – Autocuidado; N – Nutrição

**Teste de caixa de
igualdade de matrizes de
covariância^a**

M de Box	5,112
Z	,544
df1	9
df2	31246,378
Sig.	,844

Testa a hipótese nula de
que as matrizes de
covariância observadas
das variáveis dependentes
são iguais entre grupos.

a. Design: Interceptação +
Grupo + IMC_REC +
Grupo * IMC_REC

Testes multivariáveis^a

Efeito		Valor	Z	df de hipótese	Erro df	Sig.
Interceptação	Rastreamento de Pillai	,955	1070,326 ^b	2,000	102,000	,000
	Lambda de Wilks	,045	1070,326 ^b	2,000	102,000	,000
	Rastreamento de Hotelling	20,987	1070,326 ^b	2,000	102,000	,000
	Maior raiz de Roy	20,987	1070,326 ^b	2,000	102,000	,000
Grupo	Rastreamento de Pillai	,149	8,907 ^b	2,000	102,000	,000
	Lambda de Wilks	,851	8,907 ^b	2,000	102,000	,000
	Rastreamento de Hotelling	,175	8,907 ^b	2,000	102,000	,000
	Maior raiz de Roy	,175	8,907 ^b	2,000	102,000	,000
IMC_REC	Rastreamento de Pillai	,006	,291 ^b	2,000	102,000	,748
	Lambda de Wilks	,994	,291 ^b	2,000	102,000	,748
	Rastreamento de Hotelling	,006	,291 ^b	2,000	102,000	,748
	Maior raiz de Roy	,006	,291 ^b	2,000	102,000	,748
Grupo * IMC_REC	Rastreamento de Pillai	,010	,501 ^b	2,000	102,000	,607
	Lambda de Wilks	,990	,501 ^b	2,000	102,000	,607
	Rastreamento de Hotelling	,010	,501 ^b	2,000	102,000	,607
	Maior raiz de Roy	,010	,501 ^b	2,000	102,000	,607

a. Design: Interceptação + Grupo + IMC_REC + Grupo * IMC_REC

b. Estatística exata

Testes de efeitos entre assuntos

Origem	Variável dependente	Tipo III Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Modelo corrigido	AC	1,331 ^a	3	,444	,435	,728
	N	10,808 ^b	3	3,603	4,978	,003
Interceptação	AC	1354,912	1	1354,912	1329,683	,000
	N	1321,649	1	1321,649	1826,032	,000
Grupo	AC	,098	1	,098	,096	,757
	N	9,230	1	9,230	12,752	,001
IMC_REC	AC	,525	1	,525	,515	,475
	N	,242	1	,242	,335	,564
Grupo * IMC_REC	AC	1,011	1	1,011	,992	,322
	N	,089	1	,089	,123	,726
Erro	AC	104,954	103	1,019		
	N	74,550	103	,724		
Total	AC	1704,250	107			
	N	1712,438	107			
Total corrigido	AC	106,285	106			
	N	85,357	106			

a. R Quadrado = ,013 (R Quadrado Ajustado = -,016)

b. R Quadrado = ,127 (R Quadrado Ajustado = ,101)

Legenda: IMC_REC – Índice de Massa Corporal; PA – Pré-Adolescentes; A – Adolescentes; Normal – Jovens não obesos; PO_O – Jovens pré-obesos e obesos; AC – Autocuidado; N – Nutrição

Anexo Q – Diferenças nas categorias das representações de estilos de vida saudável, em função do género e grau de obesidade – MANOVA

Fatores entre assuntos

		Rótulo de valor	N
IMC_REC	1,00	Normal	72
	2,00	PO_O	35
Sexo	1	Masculino	55
	2	Feminino	52

Estatísticas descritivas

	IMC_REC	Sexo	Média	Desvio Padrão	N
AC	Normal	Masculino	3,5641	1,05244	39
		Feminino	4,1364	,92932	33
		Total	3,8264	1,03175	72
	PO_O	Masculino	4,0000	,96609	16
		Feminino	3,8947	,95130	19
		Total	3,9429	,94536	35
	Total	Masculino	3,6909	1,03857	55
		Feminino	4,0481	,93546	52
		Total	3,8645	1,00134	107
N	Normal	Masculino	3,6859	,95752	39
		Feminino	4,1439	,73162	33
		Total	3,8958	,88587	72
	PO_O	Masculino	3,7187	1,03229	16
		Feminino	4,0658	,83683	19
		Total	3,9071	,93362	35
	Total	Masculino	3,6955	,97026	55
		Feminino	4,1154	,76450	52
		Total	3,8995	,89736	107

Legenda: IMC_REC – Índice de Massa Corporal; Normal – Jovens não obesos; PO_O – Jovens pré-obesos e obesos; AC – Autocuidado; N – Nutrição

**Teste de caixa de
igualdade de matrizes de
covariância^a**

M de Box	4,551
Z	,485
df1	9
df2	31700,990
Sig.	,886

Testa a hipótese nula de
que as matrizes de
covariância observadas
das variáveis dependentes
são iguais entre grupos.

a. Design: Interceptação +
IMC_REC + Sexo +
IMC_REC * Sexo

Testes multivariáveis^a

Efeito		Valor	Z	df de hipótese	Erro df	Sig.
Interceptação	Rastreamento de Pillai	,957	1148,031 ^b	2,000	102,000	,000
	Lambda de Wilks	,043	1148,031 ^b	2,000	102,000	,000
	Rastreamento de Hotelling	22,510	1148,031 ^b	2,000	102,000	,000
	Maior raiz de Roy	22,510	1148,031 ^b	2,000	102,000	,000
IMC_REC	Rastreamento de Pillai	,003	,177 ^b	2,000	102,000	,838
	Lambda de Wilks	,997	,177 ^b	2,000	102,000	,838
	Rastreamento de Hotelling	,003	,177 ^b	2,000	102,000	,838
	Maior raiz de Roy	,003	,177 ^b	2,000	102,000	,838
Sexo	Rastreamento de Pillai	,045	2,426 ^b	2,000	102,000	,093
	Lambda de Wilks	,955	2,426 ^b	2,000	102,000	,093
	Rastreamento de Hotelling	,048	2,426 ^b	2,000	102,000	,093
	Maior raiz de Roy	,048	2,426 ^b	2,000	102,000	,093
IMC_REC * Sexo	Rastreamento de Pillai	,028	1,465 ^b	2,000	102,000	,236
	Lambda de Wilks	,972	1,465 ^b	2,000	102,000	,236
	Rastreamento de Hotelling	,029	1,465 ^b	2,000	102,000	,236
	Maior raiz de Roy	,029	1,465 ^b	2,000	102,000	,236

a. Design: Interceptação + IMC_REC + Sexo + IMC_REC * Sexo

b. Estatística exata

Testes de efeitos entre assuntos

Origem	Variável dependente	Tipo III Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Modelo corrigido	AC	6,269 ^a	3	2,090	2,152	,098
	N	4,799 ^b	3	1,600	2,045	,112
Interceptação	AC	1421,654	1	1421,654	1464,075	,000
	N	1425,152	1	1425,152	1822,169	,000
IMC_REC	AC	,221	1	,221	,227	,635
	N	,012	1	,012	,015	,902
Sexo	AC	1,275	1	1,275	1,313	,255
	N	3,789	1	3,789	4,844	,030
IMC_REC * Sexo	AC	2,683	1	2,683	2,763	,099
	N	,072	1	,072	,092	,762
Erro	AC	100,016	103	,971		
	N	80,558	103	,782		
Total	AC	1704,250	107			
	N	1712,438	107			
Total corrigido	AC	106,285	106			
	N	85,357	106			

a. R Quadrado = ,059 (R Quadrado Ajustado = ,032)

b. R Quadrado = ,056 (R Quadrado Ajustado = ,029)

Legenda: IMC_REC – Índice de Massa Corporal; AC – Autocuidado; N – Nutrição